

THESIS

MUNICH

1965

**Postoperative Komplikationen
nach Oesophagus-,
Magen- und Darmoperationen**

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR
PALO ALTO, CALIFORNIA

Hans-Peter Rolshoven



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153507_0050

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. Dr. R. Zenker

POSTOPERATIVE KOMPLIKATIONEN

NACH DESOPHAGUS - MAGEN - UND DARMSOPERATIONEN

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten
Medizin verfaßt und einer Hohen Medizinischen
Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von

Hans-Peter Rolshoven

aus

Rambin auf Rügen

München 1965

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv.Doz.Dr.S.Karnbaum

Mitberichterstatter: Prof.Dr.R.Zenker

Dekan: Prof.Dr.O.Hug

Tag d. mdl. Prüfung: 6. 4. 1965

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	2
Befunde, Ergebnisse, Tabellen	3 - 33
Diskussion und Besprechung der Ergebnisse	
Oesophagus	34
Magen	39
Darm	46
Zusammenfassung	52
Literaturverzeichnis	54

Jedes chirurgische Vorgehen ist mit dem Risiko postoperativer Komplikationen verbunden. Die Bedingungen für solche Komplikationen richten sich nach der Schwere des operativen Eingriffes. Eröffnungen des Thoraxraumes, der freien Bauchhöhle sowie des Oesophagus-Magen-Darmtraktes führen nicht immer zu komplikationslosem, postoperativem Heilverlauf. Insofern hat der alte Spruch "medicus curat, natura sanat" heute noch in der modernen Chirurgie Gültigkeit.

Es soll über Komplikationen berichtet werden, die dem chirurgischen Eingriff unmittelbar folgen und von ausreichender Schwere sind, den postoperativen Klinikaufenthalt des Patienten zu verlängern oder sein Leben vorzeitig zu beenden, nicht über solche, die das Resultat der operativ anzugehenden Krankheit darstellen. Einige Patienten wurden auf Wunsch ihrer Angehörigen ante finem ins Heimatkrankenhaus oder nach Hause verlegt; sie finden in den folgenden Ergebnissen unter "moribund" Erwähnung.

Die Arbeit berücksichtigt das Krankengut der Jahre 1953, 1954 und 1955. In dieser Zeit unterzogen sich 1.972 Patienten Operationen am Oesophago-gastro-intestinal-trakt.

In den Jahren 1953 - 1955 wurden 146 Oesophagus - Eingriffe vorgenommen.

1953		1954		1955		gesamt	
♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
51	11	39	9	27	9	117	29

Diese Operationen verteilten sich auf die einzelnen Oesophagusabschnitte wie folgt:

	1953		1954		1955		gesamt	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
unteres und mittleres Oesophagusdrittel	26	8	16	4	6	6	48	18
Oesophagus-Cardia	4	-	2	1	5	-	11	1
Cardia	21	3	21	4	16	3	58	10

1953 wurden 51 Männer und 11 Frauen in der Speiseröhre operiert. Bei 26 von 51 Männern blieb der operative Eingriff auf den mittleren bis unteren Oesophagus beschränkt, bei 4 Patienten war die Cardia mitbeteiligt, 21 Patienten wurden ausschließlich an der Cardia operiert. Die Patienten mit Cardiaerkrankungen, welche sich weiter auf den Magen ausdehnten, - es sind dies in dem zu betrachtenden Krankengut ausschließlich Magen-Cardia-Carcinome - , finden bei der Besprechung der Magenoperationen Erwähnung.

Indikationen zur Operation waren in 43 Fällen maligne, in 6 Fällen benigne Prozesse:

	Zahl der Fälle	operat. Eingriff
Oesophagusdivertikel	5	Divertikelresektion
Oesophagospasmus	1	Oesophagogastrostomie
Ulcus pepticum oes.	1	Oesophagogastrostomie
Cardiospasmus	1	Cardiaresektion

Von den 8 Patienten, die wegen gutartiger Prozesse operiert wurden, kam es bei 2 Patienten zu postoperativen Komplikationen (s. Tab. 1). Ein 47 j. Pat. zeigte am 6. postoperativen (p. o.) Tag einen Wundabszeß sowie eine beginnende schleichende Mediastinitis. Er wurde trotz Saugdrainage, Antibiotika und Transfusionen am 12. Tag moribund verlegt. Ein 56 j. Pat. bekam am 6. p. o. Tag eine Nahtinsuffizienz und wurde sofort relaparotomiert. Es kam trotz der Wundrevision und Sekundärnähte am 8. Tag zu Mediastinitis und Bronchopneumonie, denen der Pat. am gleichen Tag erlag.

	<u>Zahl der Fälle</u>	<u>operat. Eingriff</u>
Oesophagus-Ca	9	Anlage einer Witzelfistel
Oesophagus-Ca	5	antethorakaler Oesophagus
Oesophagus-Ca	7	transthor. partielle Oesophagusresektion
Oesophagus-Cardia-Ca	2	1 Witzelfistel 1 Resektion
Cardia-Carcinom	5	Anlage einer Witzelfistel
Cardia-Carcinom	2	Anlage einer Jejunumfistel
Cardia-Ca	1	Oesophago-enterostomie
Cardia-Ca	12	Cardiaresektion

Von 21 Oesophagus-Carcinomen mußten 14 palliativ behandelt werden: 9 Pat. erhielten eine Witzelfistel; ihr Durchschnittsalter lag bei 59,6 Jahren, 5 Pat. im Alter von 40, 53, 62, 66, 68 Jahren einen antethorakalen Oesophagus nach Lortat-Jakob. 7 Pat. konnten radical operiert werden, es wurde eine transthorakale Oesophagusresektion durchgeführt; das Durchschnittsalter lag bei 60,0 Jahren. 2 Pat. wurden wegen eines Oes.-Cardia-Ca operiert. Einmal wurde bei einem 61 j. Pat. eine Witzelfistel angelegt, ein 58 J. wurde radical operiert. Von 20 Cardia-Carcinom. konnten 12 total, 8 palliativ operiert werden. Dabei wurden 5 Witzelfisteln angelegt (Durchschnittsalter 61,8 Jahre). Bei 2 Pat. (60, 57 Jahre) wurde eine Jejunumfistel angelegt. Ein 61 J. erhielt wegen starker Stenosierung eine Oesophago-enteroanastomose. Das Durchschnittsalter der 12 Cardiaresezierten lag bei 51,2 Jahren.

Von den 9 Pat. mit einer Witzelfistel erlitten 2 tödliche Komplikationen. Beide verstarben an Herz-Kreislaufversagen (H.K.V.)(s.Tab.2, Nr. 1, 2). Der p. o. Verlauf der Übrigen war komplikationslos. Bei einem der 5 Pat. mit antethorakalem Oesophagus, einem 68 j. Pat. mit stenosierendem Oesophagus-Ca, kam es am 9. Tag p. o. zur Nahtinsuffizienz. Nach Legung von Sekundärnähten war der weitere p. o. Heilverlauf komplikationslos. Die übrigen 4 Pat. kamen ad exitum (s. Tab. 2, Nr. 3 - 6). Ein 40 j. Pat. bekam am 6. p. o. Tag eine Anastomoseninsuffizienz und starb am 7. Tag an H. K. V. (3). Ein 53 jähr. Pat. erlag am 3. Tag p. o. einem Lungeninfarkt (4). Ein 66 j. Pat. verstarb am 2. Tag an einer p. o. therapieresistenten Kreislaufinsuffizienz (5). Ein 62 j. Pat. bekam am 4. Tag p.o. eine Nahtinsuffizienz mit anschließender Mediastinitis und Bronchopneumonie. Er kam am 15. Tag ad exitum (6).

6 von 7 Pat., bei denen eine transthorakale Oesophagusresektion durchgeführt wurde, verstarben p. o. (s. Tab. 2, Nr. 7 - 12). 4 Pat. im Alter von 47, 61, 71 und 72 J. erlitten Lungenkomplikationen (7 - 10). 2 weitere Pat. im Alter von 64 und 53 Jahren starben durch H.K.V. unmittelbar p. o. bzw. am 1. Tag. Ein 52 j. Pat., der in 2 Sitzungen operiert worden war, erhielt am 6. Tag nach der Oesophago-gastrostomie eine Anastomoseninsuffizienz und wurde am 8. Tag moribund verlegt (13).

Von 5 Pat., bei denen wegen eines Cardia-Carcinoms eine Witzelfistel angelegt wurde, sind 2 moribund verlegt worden (s. Tab. 3, Nr. 1, 2): bei einem 63 j. Pat. kam es am 3. Tag p. o. zur Thrombophlebitis, der andere Pat. (64 J.) bekam eine p. o. Herzkreislaufinsuffizienz. Ein 61 j. Pat. erlitt am 2. Tag einen Kreislaufkollaps und kam ad exitum (s. Tab. 3, Nr. 3).

Unter den 12 Pat., bei denen wegen eines Carcinoms eine Cardiaresektion vorgenommen wurde, mußte bei einem 62 J. am 11. Tag p. o. wegen subjektiver Schluckbeschwerden und objektiver Anastomosenstenose eine Dehnung mit der Stark'schen Sonde durchgeführt werden. Der Pat. wurde nach 55 Tagen Klinikaufenthalt in gutem Zustand entlassen. 8 der 12 Pat. verstarben p. o. (s. Tab. 3, Nr. 4 - 11), 3 von ihnen im Alter von 49, 45 und 64 Jahren unter den klinischen Zeichen allgemeinen H.K.V.s am 2., 4. und 9. p. o. Tag (4, 5, 6), ein 63 J. mit zusätzlicher pulmonaler Komponente am 3. Tag (7), ein 76 J. am 2. Tag durch eine Lungenembolie (8), ein 60 J. am 14. Tag durch eine Pneumonie (9). Ein 63 j. Pat. bekam am 7. Tag p. o. einen Platzbauch, am 9. Tag eine Nahtinsuffizienz im Tubusbereich und kam am 12. Tag unter septischen Temperaturen und einer Peritonitis ad exitum (10). Ein 54 j. Pat. starb 9 Tage p. o. an einer Peritonitis und Pleuritis (11). Ein 55 j. Pat. wurde am 4. Tag unter allgemeiner Herzkreislaufschwäche moribund verlegt (s. Tab. 3, Nr. 12).

Von den 11 operierten Frauen wurden 8 am unteren bis mittleren Ösophagus operiert und 3 an der Cardia. Indikationen zur Operation waren in 3 Fällen gutartige, in 8 Fällen bösartige Prozesse:

	<u>Zahl der Fälle operativer Eingriff</u>	
Ösophagusdivertikel	1	Divertikelresektion
Ösophagusverätzung	1	Ösophagogastrostomie
Ösophago-bronchialfistel	1	Verschließung
Ösophagus-Ca	5	1 Witzelfistel 4 transthor. Resektionen
Cardia-Carcinom	3	1 Umgehungsanastomose 2 transth. Ös.-gastrostomien

Bei den Operationen wegen gutartiger Prozesse gab es keine Komplikationen. Von den 5 Ösophagus-Ca-Pat. zeigten 4 Komplikationen: Bei einer 49 j. Pat. wurde eine Witzelfistel angelegt, am 4. Tag p. o. kam es zu einer Parotitis re., die mit Strahlen behandelt wurde. Am 14. Tag erfolgte die Perforation des Parotitis-Abszesses, nach 4 Monaten kam es zu einem Parotitis-Mandibularitis-Rezidiv. Die Pat. wurde nach 5 Mon. entlassen. Die anderen 3 p. o. Komplikationen waren tödlich (s. Tab. 4, Nr. 1 - 3). Bei einer 63 j. Pat. kam es nach der Ös.-Resektion am 3. Tag zum pleuralen Erguß und am 9. Tag zu einer tödlich verlaufenden Lungenembolie (1). Eine 56 j. Pat. bekam am 4. Tag nach der Resektion eine Pneumonie und starb am 6. Tag unter den Zeichen des H.K.V.s. Die Obduktion ergab eine Insuffizienz

der kranialen Des.-Nähte, eine Mediastinitis sowie eine Thrombose in der linken A. pulm. (2). Eine 52 j. Pat. starb am 6. Tag an den Folgen einer Pneumonie, die am 4. Tag p. o. aufgetreten war. Von 3 Pat. mit einem Cardia-Ca zeigte eine 70 j. nach transthor. Oesophago-gastrostomie einen komplikationslosen Verlauf. Eine 52 j. Pat., bei der palliativ eine Umgehungsanastomose angelegt wurde, sowie eine 59 j. Pat., bei der die Cardia reseziert wurde, kamen am 4. bzw. 5. p. o. Tag unter den Zeichen des H.K.V. ad exitum (s. Tab. 4 Nr. 4 + 5).

Im Jahre 1954 wurden 39 Männer und 9 Frauen am Oesophagus operiert. Bei 16 von 39 Männern lag der operative Eingriff im unteren bis mittleren Oesophagus, bei 2 Pat. im Des.-Cardiabereich; bei 21 Pat. wurde nur an der Cardia operiert. Indikation zur Operation waren in 7 Fällen benigne, in 32 Fällen maligne Prozesse:

	Zahl der Fälle	operativer Eingriff
Des.-divertikel	4	3 Divertikel-Resektionen 1 Oesophagogastrostomie
Congenit. Des. Trachealfistel	1	Fistelverschluss
Witzelfistel b. Des.-Verätzung	1	Oesophagogastrostomie
Fadenfistel nach Cardiares.	1	Fistelrevision

Bei den 7 operativen Eingriffen wegen gutartiger Erkrankungen im Oesophagusbereich traten keine p. o. Komplikationen auf.

	Zahl der Fälle	operativer Eingriff
Oesophagus-Ca	2	Anlage einer Witzelfistel
Oesophagus-Ca	7	transth. Des.-Res.
Oesophagus-Sarkom	1	transth. Des.-Res.
Oesophagus- Cardia-Ca	2	1 Probethoracotomie 1 Witzelfistel
Cardia-Ca	7	Anlage einer Wi-fistel
Cardia-Ca	13	Cardia-Resektion

Von 9 Oesophagus-Carcinomen wurden 2 palliativ behandelt: Ein 79 j. und ein 75 j. Pat.; 7 konnten radical operiert werden, ihr Durchschnittsalter lag bei 55,4 Jahren, der älteste Pat. war 63, der jüngste 47 J. alt. Bei einem 51 j. Pat. wurde wegen eines Retothel-sarkoms im unteren Oesophagusdrittel eine Oesophagogastrostomie durchgeführt. Ein 70 j. Pat. wurde wegen eines Oesophagus-Cardia-Ca probethoracotomiert, ein 50 j. erhielt eine Witzelfistel. Von 20 Cardia-Ca konnten 13 reseziert werden, 7 wurden palliativ behandelt. Das Durchschnittsalter bei den Resezierten lag bei 59,7 J. Der jüngste

Pat. war 39, der älteste 71 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Pat. mit einer Witzelfistel lag bei 61,1 Jahren. Der jüngste Pat. war 51, der älteste 71 Jahre alt.

Der p. o. Heilverlauf der Pat. mit angelegter Witzelfistel bei Oes.-Ca war ohne Komplikationen. Von den 7 Pat., bei denen eine transthor. Oes.-Resektion vorgenommen wurde, verstarben 3 (s. Tab. 5, Nr. 1 - 3): Ein 61 j. Pat. starb am 3. p. o. Tag an einem bds. Lungenödem (1), ein 60 j. am 2. Tag an akutem H.K.V. (2) und ein 51 j. am 3. Tag an zentraler Atemlähmung (3). Zwei Pat. wurden vorzeitig moribund entlassen (s. Tab. 5); ein 63 j. Pat. am 8. Tag mit einem Lungenerguß, einer Dyspnoe und Tachycardie (4), ein 50 j. am 24. Tag mit einer schleichenden Mediastinitis (5). Bei dem 52 j. Pat. mit dem Retothel-Sarcom bildete sich am 13. Tag nach der Oesophagogastronomie ein massiver Erguß im linken Unterlappen. Nach konservativer Behandlung wurde der Pat. am 40. Tag im gebesserten A. Z. entlassen. Ein 50 j. Pat. mit einem Oes.-Cardia-Ca verstarb 22 Tage nach der palliativen Operation (Witzelfistel) an einem Lungenödem (s. Tab. 6, Nr. 1). Von 7 Pat., die wegen eines Cardia-Ca eine Witzelfistel erhielten, verstarben p. o. 3 (s. Tab. 6). Es handelte sich in 2 Fällen (66 + 57 J.) um Bronchopneumonien am 4. und 18. Tag p. o. (2, 3), in einem Fall (52 j. Pat.) um H.K.V. als Folge generalisierter Metastasierung am 20. Tag (4). Von 13 cardia-resezierten Pat. kamen 8 p. o. ad exitum (s. Tab. 6). Ein 64 j. Pat. wurde am 3. Tag p. o. in moribundem Zustand verlegt (5). Toderursachen waren: 1 p. o. Hernia diaphr. mit Begleitperitonitis und -pleuritis (59 J.), eine Nahtinsuffizienz mit bds. Unterlappenpneumonie, Pleuritis und Milzvenenthrombose (60 J.), eine p. o. Blutung in Thorax, Abdomen und Cavum pleurae (64 J.), ein paralytischer Ileus und Bronchopneumonie (48 J.), 2 pulmonale Insuffizienzen (69 u. 50 J.), eine Pneumonie (70 J.) und ein zentrales H.K.V. (39 J.) (s. Tab. 6, Nr. 6 - 13). Ein 57 j. Pat. bekam am 15. Tag nach der transthor. Cardiaresektion einen basalen Lungenerguß re., am 22. Tag eine Bronchopneumonie, am 30. Tag bildete sich eine Fistel im Narbenbereich. Der Pat. wurde nach 7 Wochen in gebessertem A. Z. entlassen.

Von den 9 operierten Frauen wurden 4 im unteren bis mittleren Oesophagus operiert, 1 im Oesophagus-Cardiabereich und 4 nur an der Cardia. Indikationen zur Operation waren in 4 Fällen benigne, in 5 Fällen maligne Prozesse. Im einzelnen handelte es sich um:

	Anzahl der Fälle	operativer Eingriff
Oesophagusdivertikel	4	Divertikelresektion
Oesoph.-Cardia-Ca	1	Oesophagogastronomie
Cardia-Ca	4	1 Jejunumfistel 1 Witzelfistel 2 Oesophagogastronomien

Bei 4 Pat. im Alter von 30, 45, 55 und 58 J. wurde ein Oesophagusdivertikel reseziert. Bei einer 52 j. Pat. wurde wegen eines Oes.-Cardia-Ca eine Oesophagogastronomie durchgeführt. 4 Pat. hatten ein Cardia-Ca, bei 2 Pat. (66, 62 J.) wurde eine Oesophagogastronomie angelegt, eine 68 j. Pat. erhielt eine Witzelfistel, eine 42 j.

Pat. eine Jejunumfistel.

Bei den gutartigen Ösophagus Eingriffen kam es in einem Fall zu einer p. o. Komplikation. Eine 58 j. Pat. zeigte am 3. Tag nach der Divertikelresektion eine Fistelbildung, am 10. Tag eine Ösophagusstenose, die mit einer Schrotkugel ohne Ende und mit einem Schlauch bougiert wurde. Nach 4 Mon. wurde die Pat. mit leichtem Cardiospasmus entlassen. Bei einer 52 j. Pat. mit Ös.-Cardia-Ca trat am 1. Tag nach der Ösophagogastrostomie eine tödliche Lungenembolie auf (s. Tab. 7, Nr. 1). Von den 4 Cardia-Operationen verlief eine tödlich; bei der 66 j. Pat. traten nach Ös.-gastrostomie schwere subakute Zirkulationsstörungen der Leber sowie eine bds. Bronchopneumonie auf, sie verstarb am 6. Tag p. o. (s. Tab. 7, Nr. 2). Eine 2. Pat. (47 J.) wurde mit einer Bronchopneumonie und sichtlichem Verfall am 5. Tag moribund verlegt (s. Tab. 7, Nr. 3).

Im Jahre 1955 wurden 27 Männer und 9 Frauen an der Speiseröhre operiert. Bei 6 Männern waren es Erkrankungen des unt. bis mittl. Ös., bei 5 Pat. war zusätzlich die Cardia befallen und 16 Pat. waren nur an der Cardia erkrankt. Indikationen zur Operation waren in 22 Fällen maligne, in 5 Fällen benigne Erkrankungen:

	Anzahl der Fälle	operativer Eingriff
Ös.-divertikel	1	Divertikelresektion
Ulcus pept. Ös.	1	transthor. Ös.-gastr.
Ös.-perforation durch Bougierung u. Probeexcision	1	Dünndarmernährungs- fistel
Ös.-verätzung	1	thor.-abd. Ös.-gastr. mit Mobilisierung des Magens in den Thorax.
Cardio-spasmus	1	1 Heller'sche Operation

Ein 41 j. Pat. wurde wegen eines Ös.-divertikels operiert. Bei einem 16 j. Jungen wurde wegen einer Verätzung eine thor.-abd. Ös.-gastr. mit Mobilisierung des Magens in den Thorax ausgeführt. Bei einem 30 j. Pat. wurde wegen Cardio-spasmus eine Heller'sche Operation gemacht. Bei einem 51 j. Pat. wurde wegen eines U. pept. Ös. eine transthor. Ös.-gastrostomie durchgeführt. Der Pat. starb am 4. p. o. Tag an einer bds. Bronchopneumonie (s. Tab. 8, Nr. 1). Ein 53 j. Pat. erhielt wegen Ös.-perforation eine Jejunumfistel. Postoperativ kam es am 3. Tag zur Mediastinitis, Pneumonie und bds. Lungenerguß; der Pat. starb am gleichen Tag (s. Tab. 8, Nr. 2).

	Anzahl der Fälle	operativer Eingriff
Ös.-Ca	1	Anlage 1 Witzelfistel
Ös.-Ca	1	Thorakotomie, Bermanntub.
Ös.-Cardia-Ca	5	transthor. Resektion
Cardia-Ca	4	3 Witzelfisteln 1 Jejunumfistel
Cardia-Ca	1	Sigmafistel
Cardia-Ca	10	Resektionen

Bei einem 61 j. Pat. wurde wegen eines Des.-Ca eine Witzelfistel angelegt. Bei einem 58 j. Pat. wurde ein Bermanntubus in den Des. gelegt. Bei 5 Pat. im Alter von 66, 63, 61, 54 und 51 J. wurde wegen eines Des.-Cardia-Ca eine Cardiaresektion vorgenommen. 15 Pat. wurden wegen eines Cardia-Ca operiert; bei 5 Pat. wurde palliativ vorgegangen: 3 Witzelfisteln (Alter der Pat.: 58, 54 und 59 J.), eine Jejunumfistel (70 j. Pat.), eine Sigmafistel (58 j. P.). Bei 10 Pat. wurde reseziert. Das Durchschnittsalter lag bei 57,5 Jahren, der jüngste Pat. war 42, der älteste 68 J. alt.

Bei einem 58 j. Pat. mit Des.-Ca trat am 3. Tag nach der Thorakotomie mit Einlegen des Bermanntubus eine Bronchopneumonie auf, er wurde moribund am 3. Tag p. o. verlegt (s. Tab. 9, Nr. 6). Die 5 Pat. mit Des.-Cardia-Ca verstarben p. o. (s. Tab. 9, Nr. 1 - 5): bei 3 Pat. (61, 54 u. 63 J.) kam es am 3., 2. u. 6. Tag zum H.K.V., ein 66 j. Pat. starb am 3. Tag an einer bds. Pneumonie, ein 51 j. Pat. starb am 1. Tag p. o. an einer bds. Durchwanderungspleuritis. Von den 5 palliativ versorgten Cardia-Ca Pat. starb ein 58 j. am 5. Tag an einer Pneumonie und Hypostase bd. Lungen (s. Tab. 10, Nr. 1). Zwei Pat. wurden moribund entlassen (s. Tab. 10, Nr. 2 + 3), der eine am 6. Tag wegen Herzkreislaufverschlechterung und Ileuserscheinungen im Alter von 54 Jahren, der andere (49 J.) am 54. Tag mit zunehmender Stenosierung der Cardia, allgemeinem Verfall und Somnolenz. Drei der zehn Cardia resezierten Pat. kamen p. o. ad exitum (s. Tab. 10, Nr. 4, 5 + 6), ein 64 j. Pat. am 10. Tag an einer fulminanten Lungenembolie, ein 62 j. Pat. am 9. Tag durch H.K.V., ein 55 j. am 7. Tag durch hypostatische Pneumonie rechts, fibrinöse Pleuritis, die sich durch eine Anastomoseninsuffizienz erklärte. Ein 68 j. Pat. wurde unter dem Zeichen einer Lungenembolie am 4. Tag moribund verlegt (s. Tab. 10, Nr. 7).

Von den 9 Frauen wurden 6 wegen Erkrankungen im ünt. Des.-bereich und 3 wegen solcher an der Cardia operiert. Operationsindikationen waren in 5 Fällen benigne, in 4 Fällen maligne Prozesse.

	Anzahl der Fälle	operativer Eingriff
Des.-divertikel	4	Div.-Resektion
Des.-varicen	1	Unterbindung d. Varicen
Des.-Ca	1	Witzelfistel
Cardia-Ca	3	1 Witzelfistel 1 Des.-jejunostomie 1 Des.-gastrostomie

Bei 4 Pat. wurde wegen Des.-divertikel reseziert (Alter 35, 50, 55 und 81 J.). Bei einer 81 j. Pat. kam es am 21. Tag p. o. zu einem präurämischen Zustand bei Pyelonephrose mit Harnstoffwerten bis 214 mg %. Sie konnte nach 50 Tagen entlassen werden. Eine 40 j. Pat. mit Des.-varicen und hochgradiger Lebercirrhose kam nach der Unterbindung der Varicen am 6. Tag ins Coma hepaticum und verstarb am 8. Tag (s. Tab. 11, Nr. 3).

Eine 55 j. Pat. mit Des.-Ca erhielt eine Witzelfistel. Postoperativ erbrach sie jede Art von Nahrung und wurde am 30. Tag mit zunehmender

Kachexie und allgemeinem Verfall moribund entlassen (s. Tab. 11, Nr. 1). Von den 3 Cardia-Ca-kranken (Alter 51, 57, und 59 J.) kam eine Pat. ad exitum. Die 59 j. Pat. zeigte am 7. Tag nach Oes.-gastrostomie mit gleichzeitiger Splenectomie eine Pleuritis, am 12. Tag bronchopneumonische Infiltrate, am 20. Tag einen subphrenischen Abszess, der zur Wundrevision Anlaß gab. Die Pat. verfiel dann zusehends und starb am 50. Tag nach der Operation (s. Tab. 11, Nr. 2).

T a b e l l e n
über die postoperativen Komplikationen
nach Oesophagus-Operationen



tödlicher Verlauf nach Operationen wegen gutartiger Des.-erkrankungen ♂

Jahr	Mr. W. pft	Name	Alter	Diagnose	A. V. Z. Z. präop.	Bl. bild	operat.	Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg. d. Obdukt. exit. befund
1953	1	M. C. J.	47	Ulcer pept. Des.	aus- reich.	-	Des. - gastrostomie	-	9.	Wunddeckschleimhautdiagnostik	Transfus. - Saugdrainage	12. morib.
1951	2	T. W.	65	Des. - divertikel	gut	-	Divert. - resekt.	6.	8.	Des. - Mediastinitis Bronchopneumonie	Relaparatomie Transfus. - H. K. Th.	8.
1953	13	B. F.	52	Ca im oberen Bauch an- teth. Des.	L. 18300	-	-	-	-	-	-	-
1953	12	B. K.	53	Des. - Ca red.	B. K. 8. 13/30	-	-	-	-	-	-	-
1953	12	B. K.	53	Des. - Ca red.	B. K. 8. 13/30	-	-	-	-	-	-	-

Operati onsmortalität nach Des.-Ca.-Operationen

p o s t o p e r a t i v

Jahr	Idf. Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	Präop. Bl. bild	operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.-d. exst. befund
1953	1	F.G.	69	Des.-Ca	red.	L. 8700 BKS 44/72	Witzel fistel	11.	Hyperthermie, H.K.Th. H.K.V.tachycarder K.I. Puls	H.K.Th.	16.
1953	2	R.J.	77	Des.-Ca	red.	L. 9000 BKS 90/120	Witzel fistel	4.	akutes HKV	Mehrklysmen H.K.Th.	4.
											Leber- und Nierentastasten Hypostase, Ödeme bd. Lungen, Bronchopneumonie.
1953	3	B.J.	40	m. 1/3 Des.-Ca	red.	L. 10200 BKS 28/60	antethor. Desoph. 6. Lortat Jacob		Anastomosen- insuff. H.K.- verschleclitg.	Infus. H.K.Th.	7.
1953	4	F.J.	53	m. 1/3 Des.-Ca	red.	L. 12400 BKS 37/67	antethor. Desoph. 2. Lortat Jacob		Lungeninfarkt H.K.Th.	Infus. H.K.Th.	3.
											Peritonitis, Ileus
1953	5	K.R.	66	Des.-Ca	gut	-	antethor. Desoph. 1. Lortat Jacob		therapiere- sistente Kreislauf- insuffizienz	Transfus. H.K.Th.	2.
1953	6	R.R.	62	Des.-Ca	aus- reich.	-	antethor. Desoph. 4.		Nachtsauff. Mediastinitis Bronchopneum.	Streptomyc- cin H.K.Th.	15.
1953	7	St.L.	71	Des.-Ca bei Hyper- therm. Diab. Meil. Nieren- insuffizienz	aus- reich.	B.Z. 222 mg% 111 mg%	transst. Des.- resektion Polydenrohr		4. Lungenembolie H.K.Th.	Infus. H.K.Th.	4.
1953	8	F.W.	61	Des.-Ca.	aus- reich.	-	transst. Des.- resektion		6. Lungenembolie Dicuman		6.
1953	9	Ch.C.	47	Des.-Ca.	gut	L. 9500	transst. Des.- gastrostomie		5. Lungeninfarkt, Transfus. Pneumonie O. Tropf.		6.
1953	10	A.M.	72	Des.-Ca.	schw. red.	-	transst. Des.- resektion		3.-Temp. Anstieg 5. Urtmie, Bronchopneumonie	Infus. H.K.Th.	5.
1953	11	Bo.K.	64	unteres st. red.	-	-	transst. Des.- resektion		P. Herzblutung, Intub. O. 2 p.op.		

palliative Eingriffe

1953	1	F.G.	69	Des.-Ca	red.	L. 8700 BKS 44/72	Witzel fistel	11.	Hyperthermie, H.K.Th. H.K.V.tachycarder K.I. Puls	H.K.Th.	16.	
1953	2	R.J.	77	Des.-Ca	red.	L. 9000 BKS 90/120	Witzel fistel	4.	akutes HKV	Mehrklysmen H.K.Th.	4.	Leber- und Nierentastasten Hypostase, Ödeme bd. Lungen, Bronchopneumonie.
1953	3	B.J.	40	m. 1/3 Des.-Ca	red.	L. 10200 BKS 28/60	antethor. Desoph. 6. Lortat Jacob		Anastomosen- insuff. H.K.- verschleclitg.	Infus. H.K.Th.	7.	
1953	4	F.J.	53	m. 1/3 Des.-Ca	red.	L. 12400 BKS 37/67	antethor. Desoph. 2. Lortat Jacob		Lungeninfarkt H.K.Th.	Infus. H.K.Th.	3.	Peritonitis, Ileus
1953	5	K.R.	66	Des.-Ca	gut	-	antethor. Desoph. 1. Lortat Jacob		therapiere- sistente Kreislauf- insuffizienz	Transfus. H.K.Th.	2.	
1953	6	R.R.	62	Des.-Ca	aus- reich.	-	antethor. Desoph. 4.		Nachtsauff. Mediastinitis Bronchopneum.	Streptomyc- cin H.K.Th.	15.	
Resektionen												
1953	7	St.L.	71	Des.-Ca bei Hyper- therm. Diab. Meil. Nieren- insuffizienz	aus- reich.	B.Z. 222 mg% 111 mg%	transst. Des.- resektion Polydenrohr		4. Lungenembolie H.K.Th.	Infus. H.K.Th.	4.	
1953	8	F.W.	61	Des.-Ca.	aus- reich.	-	transst. Des.- resektion		6. Lungenembolie Dicuman		6.	
1953	9	Ch.C.	47	Des.-Ca.	gut	L. 9500	transst. Des.- gastrostomie		5. Lungeninfarkt, Transfus. Pneumonie O. Tropf.		6.	
1953	10	A.M.	72	Des.-Ca.	schw. red.	-	transst. Des.- resektion		3.-Temp. Anstieg 5. Urtmie, Bronchopneumonie	Infus. H.K.Th.	5.	
1953	11	Bo.K.	64	unteres st. red.	-	-	transst. Des.- resektion		P. Herzblutung, Intub. O. 2 p.op.			

♂ Mortalität nach Cardia-Ca-Operationen

p o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop.Bl.bild	op. Eingriff	Tag	Complication	Therapie	Tg.d.ex.	Obduktionsbef.
<u>palliative Eingriffe</u>												
1953	1	G.L.	63	Cardia-Ca gut	-		Witzelfistel	2. Bronchitis 3. Thrombophlebitis	standard-mäß.		7.	moribund
1953	2	W.L.	64	Cardia-Ca red.	I.Anäm. BKS 39/71		Witzelfistel	1. p.op.H.K.Insuff., Cutis mamorata	H.K.Th.		1.	moribund
1953	3	O.J.	61	Cardia-Ca ausreichend.	-		Oesoph.-enteroanastom.	2.- Kreislauf- 3. kollaps	H.K.Th.		3.	
<u>Resektionen</u>												
1953	4	K.E.	49	Cardia-Ca red.	L 9200 Hb. 54 %		transthor. Cardiaresekt.	1. Temp. 40,3°C, Somnol., H.K.V.	H. K.Th.		2.	Metastasen i. Pankreas-kopf
1953	5	W.J.	45	Cardia-Ca red.	-		transthor. Cardiaresekt.	4. therapiere-sist.H.K. Insuff.	Infus. H.K.Th.		4.	
1953	6	L.G.	64	Cardia-Ca red.	L. 14200 BKS 56/75		transthor. Cardiaresekt.	2. Bronchopneum. L.-erguß	Transfus. 0.2 H.K.V.		9.	Coronar-sklerose Stauungsleber.
1953	7	N.E.	63	Cardia-Ca gut Hypertonus 200/120hh	-		transthor. Cardiaresekt.	1. mass.dps. Pneumonie	Infus. H.K.Th.		3.	
1953	8	L.J.	76	Cardia-Ca ausreichend. adipös			transthor. Cardiaresekt.	2. Lungenembolie	H.K.Th. Infus., Tropfeinlauf		2.	part. Lungen-embolie, fibrin. Pleuritis
1953	9	N.G.	60	Cardia-Ca red.	I.anäm. BKS 13/30		transthor. Cardiaresekt.	10. Bronchopneum. 14. Temp.	Transfus., Infus. H.K.Th.		14.	Aspirations-pneum. ausged. fibr. Pleuritis
1953	10	P.A.	63	Cardia-Ca ausreichend.	L 19400 BKS 25/43		transthor. Cardiaresekt.	7. Platzbauch 9. Nantiinsuff.i. Tubusbereich 12. Temp. 40,8. Peritonitis	Drahtnähte 12. Transfus., Infus. H.K.M.		12.	
1953	11	Sch.J.	54	Cardia-Ca ausreichend.	-		transthor. Cardiaresekt.	9. therapiere-sist. Infus. H.K. Insuff.	Infus. H.K.Th.		9.	Peritonitis, Pleuritis fibr.
1953	12	D.A.	55	Cardia-Ca red.	L. 3490 Hb. 50%		transthor. Cardiaresekt.	3. Pneumonie 4. H.K. Schwäche	Infus. H.K.Th.		4.	morib.

Tabelle 4
 9 tödlicher Verlauf nach Operationen wegen Des.- u. Cardia-Ca

Jahr 1fd. Nr. Name Alter Diagnose A.Z. pröop. Bl. operat. Eingriff Tag Komplikation Therapie Tg. d. Obduktionsbefund
 bild Exit.

Resektionen

1953 1 H.M. 63 Des.-Ca red. - Desoph.-Ca-res. 3. pleur. Erguß Pl.-punkt. 9.
 Polythentubus Leucocytose
 9. Lungenembolie Transfus.
 H.K.Th.
 1953 2 V.M. 56 Des.-Ca. red. BKS 14/34 Des.-Ca-Resekt. 4. Pneu re. Absaugen 6.
 Berman-Tubus 6. H.K.V. Insuff. d. krea-
 nial. Des.-nant,
 Mediastinitis
 Bronchopneumonie
 Thromb. a. pulm.
 sin.

1953 3 B.J. 52 Des.-Ca aus- - Des.-Ca-Resekt. 3. Pleuraerguß, Infus. 6.
 reich. Berman-Tubus Atelektasen H.K.Th.
 4. Pneumonie
 1953 4 W.A. 59 Cardia-Ca aus- - Des.-gastrostomie 3. Beginn. H.K.V. Infus. 5.
 reich. H.K.Th.

Palliative Eingriffe

1953 5 L.F. 52 Cardia-Ca red. BKS 16/42 Umgehungsanasto- 2. Beginn. Infus., 4.
 mose H.K.V. H.K.Th.

Tabelle 5

♂ Mortalität nach Oesoph.-eingriffen

Jahr	Ifd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop. Bl.bild	p o s t o p e r a t i v					Tg.d. Obduktionsbefund exit.	
							operat.	Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie		
Resektionen													
1954	1	R.B.	61	Oes.-Ca. gut in Bifurc. höhe	-	-	transthor.Oes.- gastrostomie	2.	Temp.40,4°C, Tachycardie	Infus. H.K.Th.	3.	beiders. Lungenödem	
1954	2	N.W.	60	Oes.-Ca. schwachl.- red. (supra- cardial)	-	-	transthor.Oes.- resektion	1.	akute H.K. Schwäche, Cyanose	Infus. H.K.Th.	2.		
1954	3	M.E.	51	Oes.-Ca red.	-	-	transthor.Oes.- resekt.Polythen- rohrplastik	1.	Emphysem: Kopf, Hals, Thor., Abd., 3. zentr. Atem- lähmg. H.K.V.	Infus. H.K.Th.	3.	hochgr.Lungen- emphysem; cyan., Hyperämie d. Geh.	
1954	4	K.R.	63	Oes.-Ca gut	-	-	transthor.Oes.- res. Polythen- rohrplastik	8.	Lungenerguß li. (Dyspnoe, Tachycardie)	Punktion li. Lungen- erguß	8.	morib.	
1954	5	O.J.	50	Oes.-Ca l.red.	-	-	transthor.Oes.- res. Polythen- rohrplastik	15.	Mediastinitis	Infus. H.K. Th.	24.	morib.	

Tabelle 6

♂ Mortalität nach Cardiaresektionen

Jahr	Ifd. Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop. Bl.-bild	op. Eingriff	p o s t o p e r a t i v	
								Tag	Komplikation
<u>palliative Eingriffe</u>									
1954	1	B. F.	50	Des.- Cardia-Ca	red.	L. 15000 BKS 57/100 Hb 75%, E. 3,49	Witzelfistel	14.	zunehm. H. K.- Transfus. 22. verschleckt. 18. Oberbauch- schmerz H. K. Th.
									Metast.: Lunge, Leber Pericardi Lungenödem Thromb.: V. iliac. ex. sin. V. femor. sin.
1954	2	H. J.	57	Cardia-Ca	red.	-	Witzelfistel	17.	Bronchopneu- monie H. K. V.
									18.
1954	3	R. J.	66	Cardia-Ca	sklerot. kachekt.	-	Witzelfistel	4.	(Bronchopneu- Transfus. 4. akutes H. K. V., nflue. H. K. Th.
									Konflieren- de, hochgrad. Bronchopneu- ödem, Lungen- ödem
1954	4	G. G.	52	Cardia-Ca	aus- reich.	L. 16.400 BKS 65/115	Witzelfistel	18.	Cyanos. H. K.- verschleckt. H. K. Th.
									20. Metast.: Gehirn, Brust- u. Bauchraum.

postoperativ

Jahr lfd.Nr. Name Alter Diagnose A.Z. präop. Bl. bild op. Eingriff Tag Komplikation Therapie Tg.d. Obduktions-
exit. befund

1954	5	L.G.	64	Cardia-Ca gut	BKS 26/54	Resektionen transthor. Cardiaresekt.	1. Tachycardie, -Infus. Pneumonie H.K.Th. 3. sept. Temp. Somnolenz	3. morib.
1954	6	O.J.	59	Cardia-Ca gut	-	transthor. Cardiares.	3. Kollaps d. li. Lunge Erguß d.li. Lunge	5. postop. Hernia. diaphr. Verlag. v. 70 cm Quer- colon i. Thorax m. hyperäm. Cir- culstörung Begl. -periton. -pleuritis
1954	7	K.W.	60	Cardia-Ca gut	-	transthor. Cardiares.	6. Thromb. li. Bein	7. Infus. H.K.Th.
1954	8	L.J.	64	Cardia-Ca, gut Milz-metast.	-	transthor. Res. p. op. Splenectom.	1. Schock 1. Somnolenz	1. Ekstase d. Oes. Üb. d. Anastom. Häasekos 1300 Hämatotox 500 Cavumpleur. 300
1954	9	M.X.	48	Cardia-Ca, gut Transv.-	-	Cardia-resekt.	4. Ileus	paralyt. Ileus Bronchopneu-

Tabelle 7

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop.Bi.	tödlicher Verlauf nach Operationen wegen (Des.-) Cardia-Ca		Tg.d. Obduktionsbefund
							Resektionen	postoperativ	

bild

exlt.

1954 1 B.E. 52 Cardia- Des.-Ca reich. aus- BKS14/32 Des.-gastrostom. 1. dps.Pneu., Absaugen 1. Lungenembolie d.Pneu. H.K.Th.

1954 2 F.P. 66 Cardia-Ca red. L.9.300 BKS23/50 Des.-gastrostom. 1. Somnolenz Transfus. 6. Beginn.H.K.V. Infus. H.K.Th. schwere p.o. subakute Circulationsstörung d.Leber, Bronchopneumonie bds.

1954 3 G.K. 42 Cardia-Ca red. - palliativer Eingriff Jejunumfistel 2. Temp.-anstieg H.K.Th. 5.morb. Beginn.Vorfall

Tabelle 8

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop.Bi.	tödlicher Verlauf nach Operationen wegen gutartiger Des.-erkrankungen		Tg.d. Obduktionsbefund
							postoperativ		

bild

1955 1 H.U. 51 Ulcus pept.oes. gut L.12.500 transthor.Des.- 2. Bronchopneum.- 4. gastrostomie 4. monle bds. dial Transfus. Infus.

1955 2 G.F. 53 Des.-per- red. - Dünndarmernäh- 3. Mediasinitis Absaugen 3. bds.Lungen-lbc. for.bei Bougliev.U. rungefistel Pneumonie, d.Lunge, mit ausgebreit. Pleurapkt. Verzehmung Frobeex. Exgub litre 02 H.K.Th.

Tabelle 9

♂ tödlicher Verlauf nach Operationen wegen Des.-Cardia-Ca

P o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop.Bi.operat.Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.d. Obduktions- exit. Befund
Resektionen										
1955	1	A.H.	61	Cardia-Des.-Ca	red.leicht anämisch	abd.-thor.Des.-gastrostomie		1. Seropneu 3. H.K.V.	Saugdrain. Infus. H.K.Th.	3.
1955	2	M.A.	54	Cardia-Des.-Ca	red.	-		2. H.K.V.	Infus. H.K.Th.	2.
1955	3	Sch.F.	63	Des.-Cardia-Ca	red. L.9.500	transsthor.Des.-gastrostomie		3. Hyperthermie, Tachycardie 5. Parotitis li- Bestrahlung	Infus. H.K.Th., Antibiot.	6.
1955	4	L.J.	66	Des.-Cardia-Ca	ausreich.	transsthor.Des.-gastrostomie		3. Pneumonie bds.	Infus. H.K.Th.	3.
1955	5	Sch.A.	51	Cardia-Des.-Ca	red. L.13.100	transsthor.Des.-gastrostomie		1. op.Perfor.d.Des. 1. Cyanose, H.K.V. NaCl	Spülen mit Antibiot. H.K.M., O ₂	1.
palliativ										
1955	6	T.R.	58	Des.-Ca	red.	BKS 21/46 Thoracotomie Bermantubus		3. Bronchopneum.	pulmonocardial	3. moribund

Jahr	Id.	Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z. präop. Bl. operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	10. d. Obduktionbefund
							Bild			
							palliative Maßnahmen			
1955	1		W. R.	58	Cardia-Ca red. -	Sigma-Fistel	4.-	H. K. V.	Infus. H. K. Th.	5. Pneumonie Hypostase bd. Lu.
1955	2		B. K.	54	Cardia-Ca red. l. B. 700 E. 2. 99, Hd 57, BKS58/101	Witzelfistel	6.	subileus-Symptome H. K. verschl.	Transfus. 6. morib.	
1955	3		H. S.	49	Cardia-Ca red. -	Witzelfistel	4. →	H. K. Verschl. zuehm. Stenoseierung d. Card., Somnolenz	H. K. Th. 5. morib.	
							Resektionen			
1955	4		G. H.	64	Cardia-Ca red. -	transsthor. Cardiaresektion	6. 10.	leichter Ikterus b. 1. Aufstehen fulminante Em-bolie	Humanabfu- min Transfus. Infus. H. K. Th.	
1955	5		R. J.	62	Cardia-Ca red. BKS12/32	transsthor. Cardiaresektion	2. 7. 9.	Archytmia cordis Parotitis II H. K. V.	H. K.-M. Beestrahlung Venae sectio	9. 7. Hämatothorax Thorax hypostat. Pneumonie re fibrin. Pleuritis
1955	6		J. W.	55	Cardia-Ca red. l. 9. 200	transsthor. Cardiaresektion	1. 7.	gener. Dermatitis Anastomosen-Insuffizienz	Calcium Des.-Jejunostomie	
1955	7		E. K.	68	Cardia-Ca aus-E. 3. 55. Hb. reich. 59 % Des.-gastrostom. BKS61/96	transsthor. 3. Des.-gastrostom.	3.	plötzl. Unruhe, Tachycardie Extreystolen	Transfus. Infus. H. K. Th.	4. moribund

♀ tödlicher Verlauf nach Operationen wegen Mal. u. ben. Des.-erkrankungen

Jahr lfd.Nr. Name Alter Diagnose A. Z. präop.Bl. operat.Eingriff Tag Komplikation Therapie Tg.d. Obduktions-
Bild exit. Befund

postoperativ

malig

1955	1	H.L.	55	Des.-Ca	red.	BKS 52/86	Witzelfistel	4. jede Nahrung H.K.Th. wird erbrochen Nährkly- zunehm. men Kachexie	30.	moribund
1955	2	W.C.	59	Cardia-Ca	red.	Hb.54 E.2.62 BKS 35/74	Des.-gastrosto- mie, Splenectomie	7. Pleuritis 12. Bronchopneum. 20. subphren. Abszess p.o.Verfall	Wundreivi- sion H.K.Th.	50:

gutartig

1955	3	T.E.	40	Des.- varicen Leber- cirrhose	red.	L.13000 Hb.45, E.2.41	transsthor.Unter- bindung d.Varicen	6. Coma hepaticum H.K.Th	8.	
------	---	------	----	--	------	-----------------------------	--	--------------------------	----	--



In den Jahren 1953 bis 1955 unterzogen sich 452 Patienten
Magenoperationen

1953		1954		1955		gesamt	
♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
109	46	103	46	95	53	307	145

Es wurden 307 Männer und 145 Frauen operiert.

	1953		1954		1955		gesamt	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Billroth II	56	30	69	33	56	36	181	99
subtotale Ma.-resekt.	13	3	5	3	10	2	27	8
totale Ma.-resektion	13	8	18	4	12	9	43	21
sonst. Operationen	27	5	11	6	17	6	56	17

Im Jahre 1953 unterzogen sich 56 Männer einer Magenresektion nach Billroth II; in 6 Fällen waren es maligne, in 50 Fällen benigne Indikationen. Unter den malignen Prozessen handelte es sich ausschließlich um Magencarcinome (Ma-Ca) bei Pat. im Alter von 26, 51, 54, 55, 58, u. 76 Jahren. Gutartige Indikationen waren 23 Ulcera ventriculi (durchschnittl. Alter 53,1 Jahre), 19 Ulcera duodeni (d. A. 39,8 J.), 4 benigne Pylorusstenosen (67, 56, 51, 49 Jahre), 2 Narbenbulbi (32, 40 J.), 2 Ulcera pept. jejuni (51, 59 J.) nach früheren Gastroenteroanastomosen (G.E.).

13 Pat. wurden subtotal magenreseziert. Indikationen waren in 10 Fällen Magen-Cardia-Carcinome (d. A. der Pat. 56,7 J.) und in 3 Fällen reine Magen-Carcinome (Alter der Pat. 71, 65, 74 J.).

13 Pat. wurden total magenreseziert. Ursache des operativen Eingriffs waren 2 x Magen-Cardia-Ca (Alter 57 u. 55 J.) und 11 x reine Ma-Ca (d. A. der Pat. 56,8 J.).

Bei 27 Pat. wurden andere Operationen wegen Magenenerkrankungen durchgeführt: 18 operative Eingriffe wurden wegen maligner Tumoren vorgenommen. Es überwogen hier die palliativen Maßnahmen: 5 Jejunumfisteln wegen Ma-Ca (Alter der Pat. 75, 60, 56, 55, 43 J.), eine Jejunumfistel wegen Magen-Cardia-Ca bei einem 66 j. Pat., 3 Witzelfisteln wegen Ma-Ca (Alter der Pat. 63, 57, 51 J.) 2 Witzelfisteln wegen Ma.-Cardia-Ca (62, 46 J.), 4 Prob laparatomien wegen Ma-Ca (Alter: 63, 60, 43 J.) und Ma-Cardia-Ca (Alter 55 J.), eine Coecal-fistel wegen Ma-Ca bei einem 77 j. P., eine Perforationsübernähung eines Ma-Ca bei einem 52 j. P. und eine G.E., mit Roux'scher Anastomose wegen Ma-Ca bei einem 60 j. Pat.

Weitere 9 operative Eingriffe wurden wegen gutartiger Magenleiden ausgeführt. Es handelte sich bei 4 Pat. im Alter von 69, 43, 41 und 32 Jahren um eine Ausschaltung nach Finsterer bei bestehendem Ulcus duod. Bei 2 Pat. wurde wegen fraglichem Ulcus ventr. (Alter 46 J.) und fraglichem Ulcus duod. (41 J.) eine Prob laparatomie durchgeführt, 2 Ulcera wurden übernäht; ein Ulcus ventr. bei einem 56 j. Pat., ein Ulcus duod. bei einem 65 j. Pat. Bei einem 46 j. Pat. mit abdo-minellem M.Hodgkin wurde eine G.E. angelegt.

Eine zusammenfassende Übersicht über die operativen Indikationen gibt die folgende Tabelle:

ausgeführte Op. Ma-Cardia-Ca Ma-Ca U.ventr. U.duod. sonst.ben.Ind.

B II	-	6	23	19	8
subtot.Ma-res.	10	3	-	-	-
tot. Ma-res.	2	11	-	-	-
sonst.Op.	4	14	2	6	1

Von 6 2/3-magenresezierten wegen Ca hatten 2 Pat. Komplikationen. In beiden Fällen waren die Komplikationen tödlich (s. Tab.12,Nr.1,2). Bei dem 26. j. Pat. kam es am 5. Tag p. o. zu einem Kreislaufkollaps; er verstarb am 7. Tag. Ein 55 j. Pat. bekam am 5. Tag p. o. eine b. Pneumonie, am 7. Tag wurde wegen eines Subileus eine Ölundarmfistel angelegt, am 9. Tag kam der Pat. ad exitum. Der Obduktionsbefund ergab eine eitrige ausgedehnte Peritonitis.

18 von 23 B. II-Operationen wegen Ulcera ventr. verliefen komplikationslos (darunter waren 2 Übernächte sowie ein perforiertes Ulcus ventr.). 2 Wundinfektionen komplizierten den p. o. Verlauf bei einem 43 j. Pat. am 13. Tag, bei einem 53 j. am 5. Tag (Therapie konservativ). Der letztere Pat. mußte nach 4 Mon. wegen einer Narbenhernie wieder aufgenommen werden. 3 Pat. zeigten tödliche p. o. Komplikationen (s. Tab. 13, Nr. 1 - 3). Ein 66 j. Pat. kam nach einer vorausgegangenen Lungenembolie des 9. Tages am 14. Tag an einer 2. massiveren Lungenembolie ad exitum. Ein 71 j. Pat. bekam am 3. Tag p. o. eine fulminante tödliche Lungenembolie und ein 78 j. Pat. mit einem perforierten Ulcus ventr. verstarb am 3. Tag an H.K.V.

17 von 19 B. II Operierten wegen Ulcus duod. zeigten keine Komplikationen. 4 Pat. von Ihnen hatten ein perforiertes Ulcus. Ein 49 j. Pat. mit gleichfalls perforiertem Ulcus duod. zeigte am 15. Tag p. o. eine Nahtdehiscenz. Nach der Wundrevision und einer Saugdrainage wurde er nach 55 Tagen im guten A. Z. entlassen. Ein 61 j. Pat. in schwach reduziertem Zustand verstarb am 4. Tag p. o. mit einer zentralen Pneumonie (s. Tab. 13, Nr. 4). Unter den 4 Pat. mit benignen Pylorusstenosen, die ebenfalls 2/3-reseziert wurden, zeigte ein 56 j. Pat. p. o. Komplikationen. Bei ihm kam es am 10. Tag zu einer Duodenalstumpfsuffizienz, welche konservativ behandelt werden konnte; p. o. Aufenthalt 42 Tage.

Die subtotalen Magenresektionen hatten nur maligne Indikationen. Die 10 Pat. mit einem Ma-Cardia-Ca zeigten p. o. Komplikationen. Ein 61 j. Pat. bekam am 12. Tag eine Thrombophlebitis im rechten Unterschenkel, am 22. Tag ein Fadengranulom; Klinikaufenthalt 8 Wochen. Ein 59 j. Pat. bot am 5. p. o. Tag das Bild einer Bronchopneumonie; p. o. Aufenthalt 24 Tage. 4 weitere Pat. im Alter von 51, 56, 56, 60 Jahren wurden mit drohendem H.K.V. am 2., 2., 3. u. 16. p. o. Tag moribund verlegt (s. Tab. 12, Nr. 3 - 6). 4 Pat. kamen p. o. ad exitum (Tab. 12, Nr. 7 - 10): bei einem 55 j. Pat. hatte sich am 8. Tag eine Peritonitis ausgebildet, der er am 10. Tag erlag; ein 46 j. Pat. starb am 8. Tag p. o. an einer Anastomoseninsuffizienz, die erst einen Tag zuvor klinisch sichtbar wurde, ein 71 j. Pat. kam am 1. Tag nach der Resektion durch H.K.V. ad exitum, ein 52 j. am 2. Tag.

Von 3 subtotal resezierten Pat. wegen eines Ma-Ca erlitten 2 Pat. tödliche Komplikationen (s. Tab. 12, Nr. 11, 12). Ein 64 j. Pat. starb während der Operation (akutes H.K.V.), ein 75 j. Pat. am 8. Tag beim ersten Aufstehen an einer fulminanten Lungenembolie.

Die beiden durchgeführten totalen Magenresektionen wegen eines Ma-Cardia-Ca waren ohne Komplikationen. 6 von 11 Resektionen wegen Ma-Ca zeigten ebenfalls einen komplikationslosen Heilverlauf; 5 Pat. kamen pro.ad exitum (s. Tab. 12, Nr. 13 - 17): ein 64 j. Pat. starb am 5. Tag an einer bds. Pneumonie, ein 73 j. bot am 3. Tag erste Zeichen beginnenden H.K.V.s und starb am 5. Tag, ein 61 j. Pat. im Zustand nach B. II wegen Ma-Ca und erneutem Ca-Rezidiv begann am 20. Tag aus der Anastomose stark zu bluten und kam am selben Tag ad exitum; ein 50 j. klagte am 6. Tag über stechenden Oberbauchschmerz, wurde sofort relaparotomiert (Drainage), starb aber 1 Tag später an einem hochgradigen Lungenödem bei schwerer Peritonitis; ein 57 j. Pat. kam am 5. Tag p. o. ad exitum durch Bronchopneumonie und Peritonitis.

Von 18 palliativen Operationen wegen Magen- und Magen-Cardia-Ca zeigten 8 p. o. Komplikationen (s. Tab. 14, Nr. 1 - 8): ein 56 j. Pat. starb am 6. Tag nach der Anlage einer Jejunumfistel an einer hypostatischen Pneumonie. Zwei Pat. wurden moribund mit einer Jejunumfistel verlegt: ein 66 j. wegen eines Ma-Cardia-Ca am 1. Tag mit einem beginnenden Lungenödem, ein 75 j. Pat. am 9. Tag mit zunehmender Excicose und Narbendeshiszenz. Ein weiterer 51 j. Pat. wurde am 2. Tag nach Anlage einer Witzelfistel mit beginnendem H.K.V. morib. verlegt. Ein 77 j. Pat. mit angelegter Coecalfistel zeigte am 8. Tag p. o. den Beginn des H.K.V. und starb am 18. Tag. Bei einem 52 j. Pat. mit perforiertem Ma-Ca wurde die Perforationsstelle mit dem Netz gedeckt; der Pat. erlitt einen p. o. Kreislaufschock. Von 4 Probelaparotomierten verstarb ein 63 j. Pat. nach 10 Tagen an einer Bronchopneumonie. Bei einem 60 j. Pat. wurde wegen eines Ma-Ca eine Gastroenterostomie mit Roux'scher Anastomose angelegt. Der Pat. starb am 4. Tag durch H.K.V.

Bei den 9 ausgeführten Operationen wegen weiterer gutartiger Magen-erkrankungen kam es in 3 Fällen zu p. o. Komplikationen (s. Tab. 13, Nr. 5 - 7). Bei einem 53 j. Pat. mit perforiertem Ulcus ventr. wurde die Perforationsstelle übernäht. Am 4. Tag wurde eine generalisierte Peritonitis mit paralytischem Ileus sichtbar, am 6. Tag p.o. starb der Pat. Die Übernähung eines perforierten U. duod. bei einem 65 j. Pat. zeigte ebenfalls Komplikationen: am 3. Tag kam es zu Temperaturanstieg, am 7. Tag starb der Pat.; die Obduktion ergab eine Nahtinsuffizienz mit sich ausbreitender Peritonitis. Bei einem 46 j. Pat. mit abdominellem M. Hodgkin wurde eine G.E. ausgeführt. Am 5. Tag p. o. zeigte der Pat. den Beginn einer massiven Pneumonie, der er am 9. Tag erlag.

Von 46 operierten Frauen wurde bei 30 eine 2/3-Resektion nach B. II durchgeführt. Indikationen waren in 11 Fällen Ma-Ca (durchschn. Alter der Pat. 66,2 J.), in 7 Fällen U. ventr. (durchschn. Alter 48,2 J.), ein U. ventr. et duod. (60 J.), 7 U. duod. (durchschn. Alter 42 J.), in 2 Fällen Magenschleimhautpolypen (Alter 66, 47 Jahre), ein U. pept. jej. (bei alter G.E. bei einer 55 j. Pat.) und in einem Fall eine Gastritis mit akuter Blutung bei einer 60 j. Pat. Drei Pat. wurden subtotal magenreseziert; es handelte sich um 2 Ma-Ca (Alter der Pat.

67 u. 60 J.) und um ein U.ventr. bei einer 63 j. Pat. Acht Pat. wurden total magenreseziert, 2 von ihnen wegen eines Ma-Cardia-Ca (Alter der Pat. 66, u. 53 J.) und 6 Pat. wegen eines Ma-Ca (Alter: 73, 71, 58, 56, 51 u. 43 J.) Drei Ma-Ca Pat. wurden palliativ behandelt: 2 erhielten eine Witzelfistel (Alter 59 u. 49 J.), bei einer 65 j. Pat. wurde eine vordere G.E. angelegt. Ein perforiertes U.ventr. bei einer 49 j. Pat. wurde übernäht. Eine 63 j. Pat. erhielt eine G.E. wegen Duodenalstenose durch pericholezystische Verwachsungen.

Eine Zusammenfassung über die durchgeführten Operationen und ihre Indikationen gibt die folgende Tabelle:

ausgeführte Op. Ma-Cardia-Ca Ma-Ca U.ventr. U.v.et d. U.duod. a.ben.I.

B. II	-	11	7	1	7	4
subtot.Ma-Res.	-	2	1	-	-	-
tot. Ma-Res.	2	6	-	-	-	-
sonst. Operat.	-	3	1	-	-	1

Von 11 2/3 magenresezierten Pat. wegen Ca erhielten 4 p. o. Komplikationen: eine 57 j. Pat. bekam am 6. Tag nach der Operation eine Bronchopneumonie, am 17. Tag eine allergische Urticaria; sie wurde nach konservativer Behandlung am 31. Tag entlassen. Bei einer 61 j. Pat. trat am 3. Tag p. o. ein Subileus auf, am 7. Tag zeigte sie eine Peroneusparese re. Sie konnte nach 10 Tagen entlassen werden. Eine 70 j. Pat. wurde am 20. p. o. Tag von einer bds. Unterlappenn pneumonia befallen; sie wurde nach 45 Tagen aus der klinischen Behandlung entlassen. Eine p. o. Komplikation hatte tödlichen Verlauf: eine 67 j. Pat. bekam am 4. Tag nach der B. II-Operation mit gleichzeitiger Cholecystectomy wegen Cholelithiasis einen paralytischen Ileus und zeigte das Bild eines beginnenden H.K.V. Sie starb am 5. Tag p. o. (s. Tab. 15, Nr. 2).

Von 7 B. II-Operierten wegen U.ventr. kam es bei einer Pat. zu p.o. Komplikationen: die 51 j. Pat. bekam am 6. Tag eine Peritonitis und verstarb am 7. Tag; die Obduktion ergab eine zusätzliche Aspirationspneumonie (s. Tab. 15, Nr. 1).

Von 7 B. II-Operierten wegen eines U.duod. traten bei einer 40 j. Pat. mit perforiertem Ulcus vom 7. bis 10. Tag p. o. Magenblutungen auf. Die Blutungen sistierten nach konservativer Therapie. Am 24. Tag zeigte die Pat. Harninkontinenz und einen Dekubitus. Sie wurde nach 40 Tagen auf die innere Abteilung verlegt.

Von 2 Ma-Ca Kranken, die subtotal magenreseziert wurden, bot eine 60 j. Pat. am 6. Tag eine Peritonitis; sie starb am 10. Tag p. o. (s. Tab. 15, Nr. 3). Bei einer von 2 totalen Magenresezierten wegen eines Ma-Cardia-Ca kam es zu Komplikationen: die 66 j. Pat. zog sich am 3. Tag eine Pneumonie zu und kam am 5. Tag ad exitum; die Obduktion ergab ein bds. Lungenödem (s. Tab. 15, Nr. 4). Einen komplizierten p. o.-Verlauf zeigten auch 4 von 6 Pat., die wegen reiner Ma-Ca ebenfalls total reseziert wurden: eine 58 j. Pat. bekam am 4. Tag einen Erguß über beiden Lungenlappen, am 20. Tag eine Pleuritis exsudativa, am 42. Tag wurde eine Anastomosenstenose

klinisch sichtbar. Die Pat. erhielt vorübergehend eine Sonde; sie wurde nach 52 Tagen in die innere Klinik verlegt. Die anderen 3 Komplikationen waren tödlich (s. Tab. 15, Nr. 5 - 7): eine 73 j. und 56 j. Pat. starben am 3. bzw. 2 Tag unter dem Bild der HK-insuffizienz. Eine 51 j. Pat. starb am 3. Tag p. o.; die Obduktion zeigte eine Nahtinsuffizienz mit Peritonitis und paralytischem Ileus sowie ein bds. Lungenödem.

Eine 65 j. Pat. - bei ihr wurde wegen eines Ma-Ca palliativ eine vord. G.E. angelegt - starb 14 Tage p. o. an H.K.V. (s. Tab. 15, Nr. 8). Bei einer 49 j. Pat. kam es nach Übernähung eines perforierten U.ventr. am 12. Tag zur Wundinfektion, am 16. Tag mußte ein Glutealabszess in Evipannarkose gespalten werden; p. o. Klinikaufenthalt 50 Tage.

Im Jahre 1954 wurden 103 Männer am Magen operiert; 69 Pat. unterzogen sich einer B. II Operation. Indikationen waren bei 16 Pat. Ma-Ca (durchschn. Alter 61,06 J.), bei 27 Pat. U. ventr. (durchschn. Alter 44,3 J.), bei 3 Pat. U. ventr. et duod. (Alter 25, 46 u. 57 J.), bei 21 P. U. duod. (durchschn. Alter 43,6 J.), bei einem 64 j. Pat. eine benigne Pylorusstenose und bei einem 58 j. Pat. ein U.pept.jej. nach früherer G.E. Bei 5 Pat. wurde eine subtotale Magenresektion durchgeführt, in 2 Fällen wegen eines Ma-Cardia-Ca (Alter der Pat. 56 u. 57 J.), in 3 Fällen wegen eines Ma-Ca (Alter der Pat. 49, 61 und 70 J.). 18 Pat. wurden total magenreseziert, 6 Pat. wegen eines Ma-Cardia-Ca (Alter der Pat. 56, 58, 58, 62, 63, u. 64 J.), 9 Pat. mit einem Ma-Ca (durchschn. Alter 52,7 J.), 2 Pat. wegen eines U.ventr. (Alter 48 u. 36 J.) und ein 44 j. Pat. wegen Polyposis ventr. Bei 3 Pat. wurde eine G.E. angelegt: bei einem 52. j. Pat. wegen eines Ma-Cardia-Ca, bei einem 76 j. wegen eines Ma-Ca und bei einem 36 j. wegen eines U.pept. jej. nach B. II. Bei einem 21 j. Pat. wurde eine Laparatomie zur Entfernung von Fremdkörpern ausgeführt. 4 Ma-Ca-krankte wurden palliativ operiert: 2 Pat. (Alter 69 u. 60 J.) erhielten eine Witzelfistel, 2 Pat. (48 u. 52 J. eine Jejunumfistel. Ein perforiertes U.ventr. bei einem 70 J. und 2 perforierte U.duod. (Alter der Pat. 43 u. 75 J.) wurden übernährt.

Eine Zusammenfassung über die durchgeführten Operationen und ihre Indikationen gibt die folgende Tabelle:

<u>ausgeführte Op.</u>	<u>Ma-Cardia-Ca</u>	<u>Ma-Ca</u>	<u>U.ventr.</u>	<u>U.v.et d.</u>	<u>U.duod.</u>	<u>a.ben.I.</u>
B. II	-	16	27	3	21	2
subtot.Ma-Res.	2	3	-	-	-	-
tot. Ma-Res.	6	9	2	-	-	1
sonst. Operat.	1	5	1	-	2	2

Acht von 16 Pat., die sich wegen eines Ma-Ca einer B. II-Operation unterzogen, zeigten p. o. Komplikationen: bei einem 52 j. Pat. bildeten sich 5 Wochen nach dem operativen Eingriff 2 kleine Fadenfisteln, der Pat. wurde nach 7 Wochen aus der stationären Behandlung entlassen; ein 63 j. Pat. bekam am 6. p. o. Tag eine Bronchopneumonie, er wurde am 7. Tag moribund verlegt (s. Tab. 16, Nr. 1). Die übrigen 6 komplizierten Fälle verliefen tödlich (s. Tab. 16, Nr. 2 - 7): ein 65 j. Pat. verstarb am 12. Tag an H.K.V. Ein 66 J. zeigte am 3. p. o. Tag eine

beginnende Bronchopneumonie, am 6. Tag eine Parotitis li, am 8. Tag schwere toxische Schädigungen, am 9. Tag kam er ad exitum; die Obduktion ergab eine hochgradige konfluierende Aspirationspneumonie und eine lokale Peritonitis. Bei einem gleichfalls 66 j. Pat. kam es am 7. Tag p. o. zu einer inneren Nahtdehiszenz, er verstarb am 8. Tag; bei der Obduktion fand sich eine Duodenalstumpfsuffizienz mit fibrinöser Peritonitis sowie eine Infarktpneumonie. Ein 65 j. Pat. kam 2 T. p. o. an einer akuten fibrinösen Peritonitis mit paralytischem Ileus ad exitum. Bei einem 66 j. Diabetiker kam es am 2. Tag zu einem B.Z.-anstieg auf 201 mg%, er starb am 3. Tag unter dem klinischen Bild des Stoffwechselversagens. Die Obduktion zeigte bds. pneumonische Infarkte. Ein 54 j. Pat. erlag nach 8 Monaten Klinikaufenthalt seinen Metastasen in Bauch- und Thoraxhöhle.

Von 27 Pat., die sich wegen eines U. ventr. einer B. II-Operation unterzogen, (darunter waren 2 bereits übernähte Ulcera und ein perforiertes U.) zeigten 6 Pat. p. o. Komplikationen: ein 38 j. Pat. bekam am 1. Tag einen Ileus; nach konservativer Behandlung wurde er am 15. Tag in gutem A. Z. entlassen. Bei einem 46 j. Pat. trat am 5. Tag p. o. eine toxische Hämolyse mit deutlichem Icterus auf; er wurde mit Vitamin K und Infusionen behandelt und am 17. Tag in gutem A. Z. entlassen. Vier Pat. starben an ihren Komplikationen (s. Tab. 17, Nr. 1 - 4). Ein 45 j. Pat. bekam am 2. Tag eine Stumpfinsuffizienz, am 3. Tag eine beginnende Peritonitis mit paralytischem Ileus; er starb am 6. Tag p. o. Ein 56 j. Pat. erlag am 10. Tag einer hypostatischen Pneumonie. Bei einem 55 j. Pat. kam es am 2. p. o. Tag zu einem Kreislaufkollaps. Ein 57 j. Pat. verstarb am 7. Tag durch H.K.V.

Von 3 Pat. mit U. duod. und ventr. kam es bei einem 46 j. Pat. am 20. Tag nach der 2/3 Resektion zu einer Stumpfgastritis. Der Pat. wurde nach konservativer Therapie 6 Wochen später in gebessertem Zustand entlassen. Drei von 21 Pat., die wegen eines U. duod. 2/3-magenreseziert wurden, (3 Pat. mit U. duod. perf.), zeigten p. o. Komplikationen: ein 72 j. Pat. bekam am 9. Tag eine Bronchopneumonie, am 16. Tag trat ein Platzbauch mit subcutanen Nekrosen auf. Der Pat. wurde am 24. Tag moribund verlegt (s. Tab. 17, Nr. 5). Ein 48 j. Pat. mit einem perforierten U. duod. verstarb i. op. während der Skelettierung des Magens; der Obduktionsbefund ergab eine Arrosion der a. gastr. dextr., ein Lungenödem und eine Bronchopneumonie (s. Tab. 17, Nr. 6). Bei einem 55 j. Pat. trat am 5. Tag nach dem B. II eine Nahtinsuffizienz mit einem Ileus auf, gleichzeitig zeigte der Pat. eine Wunddehiszenz. Er wurde relaparatomiert. P. o. stieg der R.N. auf 130 mg% an. Am 9. Tag starb der Pat. Die Obduktion ergab eine diffuse Pneumonie re sowie ein Nierenparenchymhämatom (s. Tab. 17, Nr. 7). P. o. Komplikationen fanden sich auch bei einem 58 j. Pat. mit einem u. pept. jejj. nach früher angelegter G.E.: der Pat. bekam am 8. Tag nach der 2/3 Resektion einen Ileus, am 13. Tag kam er nach konservativer Therapie ad exitum; bei der Obduktion fand sich eine hochgradige Darmatonie, Oes.-atonie und eine Hydronephrose (s. Tab. 17, Nr. 8).

Bei den 5 Pat., die wegen Magen- bzw. Magen-Cardia-Ca subtotal magenreseziert wurden, traten Komplikationen auf (s. Tab. 16, Nr. 8 - 12). Ein 57 j. Pat. wurde am 2. Tag p. o. mit beginnendem H.K.V. ein 49 j. am 7. Tag nach akuter Magenstumpfb Blutung, die 5 Tage nach der Operation auftrat, moribund verlegt. Ein 56 J. erlitt am 2. Tag p. o.

einen tödlichen Kreislaufkollaps; die Obduktion ergab bronchopneumonische Herde, eine Begleitpleuritis und p. o. Nebennierenblutungen. Bei einem 61 j. Pat. kam es 4 Tage nach der subtotalen Magenresektion zur Bronchopneumonie und zu ersten Zeichen einer Nahrungssuffizienz, der am 6. Tag eine Peritonitis folgte. Der Pat. starb am 7. Tag; die Obduktion zeigte ein zusätzliches Gehirnödem. Ein 70 J. bot am 7. Tag das Bild eines Ileus mit beginnender Peritonitis. Der Pat. erlag letzterer am 9. p. o. Tag.

5 von 6 Pat., die wegen eines Ma-Cardia-Ca total magenreseziert wurden, bekamen p.o.tödliche Komplikationen (s. Tab. 16, Nr. 13 - 17). 3 Pat. von ihnen kamen unter dem klinischen Bild des H.K.V. ad exitum: ein 56 j. am 4. Tag, Obduktionsbefund Myodegeneratio cordis, bds. Lungenödem, Atonie des Jejunums; ein 58 j. am 1. p. o. Tag und ein 58 j. am 3. Tag, die Obduktion des letzteren ergab ein Lungenödem, eine Pancreasfettgewebekrose, eine fibrinöse Pleuritis links. Zwei weitere Pat. erlagen am 4. Tag ihren Kreislauf-Lungenkomplikationen, ein 62 j. einer Bronchopneumonie mit H.K.V., ein 63 j. einer hochgradigen Hypostase bd. Lungen, sowie einer hochgrad. Hyperthrophie und Dilatation des Herzens.

Von 8 Ma-Ca-kranken, die sich ebenfalls einer totalen Magenresektion unterzogen, war nur 1 Pat. ohne p. o. Komplikationen. Bei einem 54 j. Pat., bei dem gleichzeitig eine Splenectomie und partielle Pancreasresektion durchgeführt wurde, kam es am 20. Tag p. o. zu einer proximalen Anastomosenstenose. Unter täglicher Bougierung konnte der Pat. am 28. Tag entlassen werden. 2 Pat. wurden mit beginnendem H.K.V. moribund verlegt (s. Tab. 16, Nr. 18 u. 19): ein 34 j. Pat. nach einer Relaparatomie wegen eines paralytischen Ileus 20 Tage nach der Primäroperation und ein 50 j. Pat. am 4. Tag p.o. 5 Pat. erlitten tödliche Komplikationen (s. Tab. 16, Nr. 20 - 24): ein 67 j. Pat. bekam am 5. Tag p. o. eine schleichende Peritonitis, am 7. Tag zeigte er einen Ikterus und H.K.-Verschlechterung, am 8. Tag starb der Pat.; bei der Obduktion fand sich eine diffuse Peritonitis mit hämorrhagisch - fibrinösem Exsudat und eine Bronchopneumonie. Ein 53 j. Pat. bekam am 5. Tag nach der Magenresektion eine Embolie der arteria centr. retinae dextr. und starb einen Tag später unter dem klinischen Bild des H.K.V.; die Obduktion ergab eine Thrombose der a. ophtalmica dextr., eine lokale Peritonitis, einen Ileus und ein Lungenödem. Ein 52 j. Pat. mit blutendem Ma-Ca starb am 2. Tag nach der Resektion an allgemeiner Ca-Intoxikation. Ein 53 j. Pat. kam am 9. Tag durch eine Peritonitis ad exitum. Bei einem 72 j. Pat. trat 2 Tage nach der Operation ein Subileus auf, am 7. Tag hatte sich eine Pneumonie manifestiert, der der Pat. erlag.

2 Pat. wurden wegen U.ventr. total magenreseziert; von ihnen hatte ein 48 j. p. o. Komplikationen. Der Pat. erlitt am 2. Tag einen tödlichen Kreislaufkollaps; die Obduktion zeigte eine Bronchopneumonie, und ein Ödem bd. Lungen (s. Tab. 17, Nr. 9).

Von 3 ausgeführten G.E. verlief nur eine komplikationslos (es handelte sich um einen 76 j. Pat. mit einem Ma-Ca). Ein 52 j. Pat. mit einem Ma-Cardia-Ca-rezidiv zeigte im p. o. Verlauf eine progrediente Kachexie; es wurde am 20. Tag eine Witzelfistel angelegt. Der Pat. verließ am 28. Tag nach der G.E. moribund die Klinik (s. Tab. 16, Nr. 25). Bei einem 36 j. Pat. mit U. pept. jej. nach B. II kam es am 4. Tag nach der G.E. zum H.K.V. (s. Tab. 17, Nr. 10). Von 4 weiteren palliativen Operationen wegen Ma-Ca zeigten 3 p. o. tödliche

Komplikationen (s. Tab. 16, Nr. 26 - 28): ein 69 j. Pat. starb am 4. Tag nach Anlage einer Witzelfistel an einer Pneumonie, ein 52 j. Pat. am 1. Tag nach Anlage einer Jejunumfistel an H.K.V., und ein 48 j. Pat. nach Anlage einer Jejunumfistel und eines Anus praeter am 8. Tag an einer Peritonitis und seinen ausgedehnten Tumormetastasen. Die Obduktion zeigte zusätzlich eine hochgradige braune Atrophie des Herzens und der Leber.

Die Übernähung eines perforierten U. ventr. bei einem 70 j. Pat. hatte einen tödlichen Ausgang. Der Pat. starb am 4. Tag p. o. an toxischem H.K.V., einer Pneumonie und allgemeinem Resistenzverlust (s. Tab. 17, Nr. 11). Eine der beiden U. duod.-Übernähungen nahm ebenfalls tödlichen Verlauf; der 75 j. Pat. starb am 3. Tag p. o. an H.K.V. (s. Tab. 17, Nr. 12).

Im gleichen Jahr wurden 33 Frauen nach Methode B.II operiert. Indikationen waren bei 9 Pat. Magen-Ca (durchschn. A. 60,4 J.), bei 13 Pat. U. ventr. (durchschn. Alter 49,05 J.), bei einer 43 j. Pat. ein U. ventr. et duod. nach vorausgegangener G.E., bei 5 Frauen U. duod. (Alter 40, 48, 48, 49 und 55 Jahre) bei 2 Pat. (31 u. 56 J.) Duodenaldivertikel; eine 39 j. Pat. hatte ein U. pept. jej., und eine 64 j. wurde wegen einer Polyposis ventr. 2/3 reseziert, eine 55 j. Pat. wegen einer Dünndarmfistel nach früherer Nephrektomie.

Subtotale Ma-resektionen wurden bei einer 71 j. Pat. wegen eines Ma-Cardia-Ca und bei 2 Pat. im Alter von 66 und 79 Jahren wegen Ma-Ca ausgeführt.

4 Pat. wurden total magenreseziert, 2 Pat. im Alter von 56 und 48 Jahren wegen Ma-Cardia-Ca, zwei 59 j. Pat. wegen Ma-Ca.

An palliativen Maßnahmen wurden in diesem Zeitraum ausgeführt: eine Anlage einer Jejunumfistel bei einer 68 j. Pat. wegen Ma-Cardia-Ca, 3 G. E. bei einer 53, 63 und 73 j. Pat. wegen Ma-Ca, 2 Witzelfisteln bei einer 63 j. und 29 j. Pat. wegen Ma-Ca.

Die folgende Übersicht faßt das Gesagte zusammen:

ausgeführt.Op. Ma-Cardia-Ca Ma-Ca U.ventr. U.v.et d. U.duod. a.ben.I.

B. II	-	9	13	1	5	5
subtot.Resekt.	1	2	-	-	-	-
tot. Resekt.	2	2	-	-	-	-
sonst. Operat.	1	5	-	-	-	-

Von 9 wegen eines Ma-Ca 2/3-resezierten Pat. erhielten 2p.o. Komplikationen, beide endeten tödlich (s. Tab. 18, Nr. 1 u. 2): bei einer 60 j. Pat. trat am 2. p. o. Tag ein Ileus und eine Pneumonie auf; der letzteren erlag die Pat. am 6. Tag. Eine 74 j. Pat. verstarb am 8. Tag an einer fulminanten Lungenembolie.

2 der 13 wegen eines U. ventr. operierten Pat. zeigten Komplikationen eine 42 j. Pat. bekam am 12. Tag p. o. eine Wundinfektion, sie wurde nach 30 Tagen entlassen. Eine 71 j. Pat. wurde 4 Tage nach dem B.II von einer doppelseitigen Pneumonie befallen, an der sie am 6. Tag starb (s. Tab. 19, Nr. 1). Bei der wegen eines U. ventr. und duod. 2/3-resezierten 43 j. Pat. trat 24 Tage nach der Operation eine Per-

foration des abführenden Schenkels der früher angelegten G.E. mit diff. Peritonitis auf. Wegen des schlechten A. Z. konnte die Pat. nicht relaparotomiert werden. Sie starb am 38. Tag an einer linken Pulmonalthrombose (s. Tab. 18, Nr. 2). Von 5 Pat. mit einem U. duod. traten nach der Resektion in 2 Fällen Komplikationen auf: eine 40 j. Pat. mit U. duod. perf. bekam am 15. Tag eine Stumpfgastritis, sie wurde am 20. Tag zur internistischen Weiterbehandlung verlegt; bei einer 40 j. Pat. kam es am 5. p. o. Tag zu einer Hypoprothrombinblutung aus dem Drain, am 7. Tag hatte sich eine Parotitis li ausgebildet, die nach Incision und Bestrahlung abklang. Nach 34 Tagen wurde die Pat. entlassen.

Bei 2 von den 3 subtotalen Magenresektionen gab es p. o. Komplikationen: eine 71 j. Pat. mit Ma-Cardia-Ca zeigte am 7. Tag eine Anschwellung der Submandibularis, am 8. Tag eine bds. Parotitis; sie erlag ihrer Sepsis am selben Tag (s. Tab. 18, Nr. 3). Eine 79 j. Pat., die wegen eines Ma-Ca operiert wurde, starb am 63. Tag (sie zeigte im p. o. Verlauf rezidivierende Parotitiden und Thrombophlebitiden) an allgemeiner Resistenzschwäche (s. Tab. 18, Nr. 4).

Von 4 wegen Ca total magenresezierten Pat. erlitten 2 tödliche p.o. Komplikationen: eine 48 j. Pat. mit einem Ma-Cardia-Ca bekam am 6. Tag nach der totalen Ma-resektion mit gleichzeitiger Splenektomie einen Subileus, es wurde eine Coecalfistel angelegt; am 8. Tag verstarb sie an einer eitrigen Peritonitis und zeigte im Abduktionsbefund massive Thrombosen in v. cava caudalis, vv. iliacae et vv. femorales (s. Tab. 18, Nr. 5). Eine 49 j. Pat. mit einem Ma-Ca starb am 11. Tag p. o. an einer bds. schweren Bronchopneumonie (s. Tab. 18, Nr. 6).

Von 6 ausgeführten palliativen Operationen gab es bei 4 Pat. p. o. Komplikationen: bei einer 29 j. Pat., die wegen eines inop. Ma-Ca eine Witzelfistel erhielt, kam es am 9. Tag zur Bronchopneumonie, am 14. Tag zur Wundinfektion, am 30. Tag zu einer Pleuritis; die Pat. wurde nach 41 Tagen in gebessertem A. Z. aus der Klinik entlassen. Eine 73 j. Pat., bei der wegen eines Ma-Ca eine G.E. angelegt wurde, bekam am 8. p. o. Tag eine Thrombophlebitis im linken Unterschenkel; sie verließ nach 14 Tagen die Klinik. 2 Kompl. endeten tödlich: eine 68 j. Pat. verstarb am 8. Tag nach Anlage einer Jejunumfistel wegen eines fortgeschrittenen Ma-Cardia-Ca an einer Bronchopneumonie (s. Tab. 18, Nr. 7); eine 53 j. Pat. kam am 2. Tag nach Anlage einer G.E. wegen eines Ma-Ca durch H.K.V. ad exitum (s. Tab. 18, Nr. 8).

An der chirurgischen Universitätsklinik unterzogen sich im Jahre 1955 95 Männer einer Magenoperation.

56 von ihnen wurden nach der Methode B. II operiert. Indikationen hierfür waren bei 9 Pat. (durchschn. A. 65,1 J.) Ma-Ca bei 22 Pat. mit durchschn. Alter von 52,8 Jahren U. ventr., bei einem 30 j. Pat. ein U. ventr. et duod., bei 22 Pat. (durchschn. A. 45,4 J.) U. duod., bei 2 Pat. (Alter 57 und 45 Jahre) ein U. pept. jej. nach vorausgegangenem G.E.

Bei 10 Pat. wurde eine subtotale Ma-resektion ausgeführt: bei einem 37 j. wegen eines Ma-Cardia-Ca, bei 9 Pat. (durchschn. A. 59,1 J.) wegen Ma-Ca.

Als palliative Maßnahmen wurden bei 3 Pat. im Alter von 54, 63 u. 75 J. wegen eines Ma-Ca eine G. E. angelegt; bei einem 59 j. Pat. wegen eines Ma-Cardia-Ca und bei 6 Pat. im Alter von 57, 59, 66, 69, 72 u. 76 J. wegen eines Ma-Ca eine Witzelfistel; bei 3 Pat. im Alter von 53, 57 u. 76 J. eine Jejunumfistel. 2 perf. U. ventr. bei einem 42 und 54 j. Pat., ein insuff. B. II (der 30 J. Pat. wurde von außerhalb eingeliefert) wurden übernäht. Ein U. ventr. et duod. ist bei einem 28 j. Pat. durch eine Ausschaltung nach Finsterer behandelt worden.

Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die durchgeführten Magenoperationen und ihre Indikationen:

ausgeführt.Op. Ma-Cardia-Ca Ma-Ca U.ventr. U.v.et d. U.duod. a.ben.I..

B. II	-	9	22	1	22	2
subtot. Res.	1	9	-	-	-	-
tot. Res.	5	7	-	-	-	-
sonst. Op.	1	12	2	1	-	1

Von 9 Ma-Ca Kranken, die nach der Methode B. II operiert wurden, bekamen 2 Pat. p. o. Kompl., (s. Tab. 20, Nr. 1 u. 2). Ein 59 j. Pat. mit zusätzlichem Gallenblasen-Ca kam am 2. Tag nach B. II and Cholecystectomy durch H.K.V. ad exitum; ein 2. ebenfalls 59 j. erhielt am 2. p. o. Tag einen Platzbauch, es wurde eine Wundrevision mit Sekundärnähten durchgeführt. Der Pat. verstarb nach diesem Eingriff an einem Kreislaufkollaps.

19 der 22 Pat. mit einem U. ventr. (darunter eine Perforation) zeigten nach der 2/3 Resektion einen glatten p. o. Verlauf. 2 Pat. im Alter von 52 und 47 Jahren bekamen ein Wundserom. Sie wurden nach 17, bzw. 32 Tagen aus stat. Behandlung entlassen. Ein 53 j. Pat. mußte am 7. Tag wegen zunehmendem Ileus aufgrund einer Anastomosostenose relaparotomiert werden, der Pat. starb 12 Tage nach dem 1. operativen Eingriff an einer Pneumonie (s. Tab. 21, Nr. 1).

Ein 30 j. Pat. mit einem U. ventr. et duod. bekam 9 Tage nach der 2/3 Resektion ein Wundserom. Der p. o. Aufenthalt betrug 14 Tage.

Von 22 U. duod. Pat. (darunter waren 2 Perforationen) zeigten 7 nach B. II Komplikationen, davon verlief eine tödlich: ein 38 j. Pat. mit perf. U. duod. bekam am 5. p. o. Tag einen Ileus und einen tödlichen H.K.-Kollaps (s. Tab. 21, Nr. 2). Zwei Pat. wiesen eine p.o. Wundinfektion auf (Alter der Pat. 49 und 47 J.); sie wurden nach 24 und 30 Tagen aus der Klinik entlassen. Ein 56 j. Pat. erkrankte am 7. Tag p. o. an einer Parotitis re, die sich nach Bestrahlung zurückbildete (p. o. Aufenthalt 30 Tage). Ein 68 j. Pat. wurde am 6. Tag nach der 2/3 Resektion wegen einer Duodenalstumpfsuffizienz relaparotomiert; am 39. Tag hatte sich eine Fadenfistel entwickelt, die Therapie war konservativ (p. o. Aufenthalt 53 Tage). Wegen eines Strangulationsileus mußte ein 40 j. Pat. am 2. p. o. Tag relaparotomiert werden, am 13. Tag bot er eine Wundinfektion, am 50. Tag hatte sich eine Kotfistel ausgebildet, sie wurde operat. verschlossen (p. o. Aufenthalt 67 Tage).

Ein 42 j. Pat. zeigte 5 Tage p. o. Passagestörungen hinter der

Anastomose; ein sekundärer Eingriff beseitigte eine Mesocolon-nahtinsuff. (p. o. Aufenthalt 27 Tage).

Eine weitere p. o. Komplikation trat bei einem 57 j. Pat. nach B. II und part. Dünndarmres. wegen U. pept. jej. auf: der Pat. bekam am 1. Tag einen Subileus und wurde am 2. Tag mit zunehmendem H.K.V. morib. verlegt (s. Tab. 21, Nr. 3).

Bei 6 von 9 Pat., die sich einer subtotalen Ma-resektion unterzogen, traten Kompl. im p. o. Heilverlauf auf; 3 verliefen tödlich (s. Tab. 20, Nr. 3 - 5): ein 56 j. Pat. starb am 3. Tag unter dem klinischen Bild des H.K.V.; die Obduktion zeigte eine Pankreasfettgewebsnekrose. Bei einem 58 j. Pat. kam es 5 Tage p. o. zu einem Lungeninfarkt, er verstarb am 12. Tage an H.K.V. Ein 71 j. Pat. kam am 3. Tag durch eine bds. Unterlappenpneumonie ad exitum. Bei den nicht tödlich verlaufenden Kompl. handelte es sich 2 x um Wundinfektionen mit teilweiser Dehiszenz (52 und 74 J.). Bei einem 57 j. Pat. mußte am 6. Tag p. o. wegen eines Abszesses relaparatomiert werden.

Von 5 totalen Magenresek. wegen Ma-Cardia-Ca zeigten 4 Komplikationen, denen die Operierten erlagen. Es handelte sich in allen 4 Fällen um H.K.V. zwischen dem 5. und 8. p. o. Tag bei Pat. im Alter von 52, 52, 60 und 61 Jahren (s. Tab. 20, Nr. 6 - 8). Von den 7 totalen magenresezierten Pat. wegen reiner Ma-Ca blieben nur 2 ohne Komplikationen. Ein 55 j. Pat. bekam am 11. Tag nach der Operation eine Thrombophlebitis im li Unterschenkel (p. o. Aufenthalt 34 Tage). Ein 52 j. Pat. zeigte p. o. eine Kreislauflabilität, er verließ gegen ärztlichen Rat am 9. Tag die Klinik. Bei 3 Pat. traten tödliche Kompl. auf (s. Tab. 20, Nr. 10 - 12): akutes H.K.V. bei einem 34 j. Pat. am 3. p. o. Tag, dem er einen Tag später erlag; ein 63 j. Pat. erlitt am 2. Tag einen tödlichen akuten H.K.-kollaps; ein 66 j. Pat. starb am 5. Tag an einer bds. Pneumonie.

Zu kompliziertem Heilverlauf kam es nach Ausführung palliativer Operationen wegen Ma-Ca in 4 von insgesamt 12 Fällen. Ein 54 j. Pat. erhielt 15 Tage nach der G.E. einen Platzbauch, es wurden Sekundärnähte gelegt. Nach 40 Tagen hatten sich 2 Fadenfisteln gebildet, die Therapie war konservativ (Klinikaufenthalt 4 Monate). Ein 59 j. Pat. zeigte 14 Tage nach Anlage einer Witzelfistel eine Narbendehiszenz sowie ein Serom. Ein 75 j. Pat. starb während der G.E.; die Obduktion ergab eine Pericarditis chronica sowie eine fortgeschrittene Coronarsklerose (s. Tab. 20, Nr. 13). Ein 76 j. Pat. kam am 4. p. o. Tag durch H.K.V. ad exitum (s. Tab. 20, Nr. 14).

Im gleichen Jahr wurden 53 Frauen am Magen operiert:

36 nach der Methode B. II, Indikationen hierzu waren bei 13 Pat. Ma-Ca (durchschn. A. 62,1 J.), bei 7 Pat. U. ventr. (durchschn. A. 53,2 J.), bei 11 Pat. U. duod. (durchschn. A. 44 J.), 3 Pat. wurden wegen benigner Pylorusstenose operiert (Alter 54, 50, 49 J.), ein 27 j. Pat. nach einer Choledochoduodenostomie zur Ausschaltung der Passage und 53 j. Pat. wegen einer Polyposis ventr.

Einer subtotalen Ma-Resektion unterzogen sich 2 Pat. (65 u. 63 J.) wegen Ma-Ca.

Bei 9 Pat. wurde eine totale Magenres. ausgeführt, in 2 Fällen wegen Ma-Cardia-Ca (Alter der Pat. 64, 34 J.), in 6 Fällen wegen Ma-Ca

(Alter der Pat. 60, 55, 53, 52, 49, 44 J.) und bei einer 55 j. Pat. nach früherer G.E.

4 Magen-Ca Pat. wurden palliativ versorgt. Eine 62 j. Pat. erhielt eine Jejunumfistel, bei einer 75 j. und 45 j. Pat. wurden eine G.E. angelegt, eine 47 j. erhielt 2 Monate nach der 2/3 Resektion wegen zunehmender Ca-Cachexie eine Witzelfistel.

Ein perf. U. ventr. bei einer 62 j. Pat. wurde übernäht, bei einer 49 j. Pat. wurde ein Magendivertikel abgetragen.

Die folgende Übersicht gibt eine Zusammenfassung über Operation und Indikation:

ausgeföhrt.Op.	Ma-Cardia-Ca	Ma-Ca	U.ventr.	U. duod.	a. ben.	Ind.
B. II	-	13	7	11	5	
subtot.Rese.	-	2	-	-	-	
tot. Rese.	2	6	-	-	1	
sonst. Operat.	-	4	1	-	1	

Von den 13 2/3-Magenresezierten wegen Ca zeigten 5 Pat. p. o. Komplikationen: eine 71 j. Pat. bekam einen p. o. Ikterus, am 11. Tag eine Wundinfektion, am 23. eine Enterokolitis, wegen der sie am 27. Tag verlegt wurde. Eine 66 j. Pat. wurde am 1. p. o. Tag im Coma hepaticum morib. verlegt, (s. Tab. 22, Nr. 1). Drei Pat. starben an den p. o. Kompl. (s. Tab. 22, Nr. 2 - 5): eine 74 j. Pat. am 2. Tag durch einen Kreislaufkollaps, sie zeigte im Obduktionsbefund ein bds. Lungenödem, sowie eine massive Bronchopneumonie; eine 64 j. Pat. am 8. Tag an einer Bronchopneumonie; eine 70 j. Pat. am 16. Tag durch eine fulminante Lungenembolie.

Von den 7 2/3-Resezierten wegen U. ventr. kam es bei einer 68 j. Pat. am 5. p. o. Tag zu bds. Parotitis, am 14. Tag bekam sie eine Infarktpneumonie re, am 35. Tag li, am 38. Tag zeigte die Pat. eine Thrombophlebitis der vena poplitea. Am 50. Tag p. o. wurde die Pat. zur inneren Abteilung verlegt.

Der p. o. Heilverlauf der U. duod.-Operierten war komplikationslos. Eine 53 j. Pat., die wegen polyposis ventr. operiert wurde, zeigte am 20. Tag nach B. II eine Wunddehiszenz. Nach konservativer Therapie wurde sie am 50. Tag entlassen.

Tödliche Komplikationen traten bei den totalen Ma-resektionen wegen Ma-Cardia-Ca und wegen reiner Ma-Ca auf: beide Pat. der ersteren Gruppe starben an p. o. H.K.V., eine 63 j. am 2., eine 34 j. am 5. Tag (s. Tab. 22, Nr. 5 + 6). Unter den letzteren kamen 4 von 6 Pat. p. o. ad exitum (s. Tab. 22, Nr. 7 - 10): 3 Pat. im Alter von 55, 53 und 44 J. durch H.K.V. und eine 52 j. Pat. durch eine Peritonitis nach Duodenalstumpfsuffizienz.

Bei den 4 palliativ Operierten gab es in 2 Fällen p.o.Kompl.; sie verliefen tödlich (s. Tab. 22, Nr. 11 + 12): eine 75 j. Pat. bekam einen p.o. H.K.-Schock in der Narkose, eine 62 j. Pat. starb am 2. Tag nach Anlegen einer Jejunumfistel, sie kam bereits in deutl. morib. Zustand in die Klinik. Eine 47 j. Pat. lag ihrer schon vor der pall. Operation (Wi-fistel) deutl. sichtbaren Ca-Cachexie am 15. Tg. p.o. (s. Tab. 22, Nr. 13). Eine 62 j. Pat., bei welcher ein perf. U. ventr. übernäht wurde, bekam am 10. Tg. einen subphrenischen Abszess. Sie mußte relaparotomiert werden (p.o. Aufh. 40

T a b e l l e n
über die postoperativen Komplikationen
nach Magen-Operationen



Tabelle 12

♂ tödlicher Verlauf nach Magenresektionen wegen Ca

postoperativ

Jahr	lfd. Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. 7.	präop. Bl. bild	operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg. d. Obduktions- exit, befund
1953	1	K.A.	26	Ma-Ca	red.	L. 12.200 Hb 57, 53, 48 BKS 60/98	B. II.	5.	Kreislaufkoll.	Transfus.	7.
							Arrhythmie		Infus.	H. K. Th.	
1953	2	W.J.	55	Ma-Ca bei G.E. (1949)	red.		B. II.	5.	bds. Pneumonie	Transfus.	9.
								7.	Subileus	Infus. HKTh Dünndarm- Fistel	ausgedehnte, eitrige Peritonitis
1953	3	K.J.	56	Ma-Cardia- Ca	red.		transthör. Ga- strectomie	2.	H. K.-verreagen	Transfus. D ₂ HKTh	2. moribund
1953	4	K.J.	60	Ma-Cardia- Ca	aus- reich.	L. 11.200 BKS 9/32	abdom. Ma-Res. Splenectomie, part. Pankr.-res.	p.	Kreislauflabi-	HKTh	2. moribund
1953	5	L.R.	56	Ma-Cardia- Ca	red.		transthör. Ga- strectomie	2.	akutes HKV	Infus. HKTh	3. moribund
1953	6	O.K.	51	Ma-Cardia- Ca	red.	L. 9950	transthör. Gastrectomie	6.	subcutan. Wund- abzesse	Transfus. Infus. Antibiot.	16. moribund
								13.	beginn. HKV	HKTh	
1953	7	St.K.	55	Ma-Cardia- Ca	red.	L. 9500	transthör. Gastrectomie	8.	Peritonitis beginn. HKV	Transfus. Infus. künstl. Win- terschlar, HKTh	10.

Tabelle 13

tödlicher Verlauf nach Operationen wegen gutartiger Magenkrankungen

P o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop. Bl.	operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.d. Obduktions- exst. befund
1953	1	W.J.	66	U. ventr. gut	L. 10.100 Hb 75, E. 3.79 BKS 50/76		B. II		9. stark sezernierende Pan-Infus. Kreastristel; Pankreas-Kl. Lu. embolie Inaktivator		
1953	2	L.J.	71	U. ventr. red.	B. Z. 163 mg%		B. II.		14. mass. Lu.-embolie HKTh		14.
1953	3	B.W.	78	U. ventr. red. perf.	L. 15.500 anämisch		B. II		3. fulminante Lu.-embolie HKTh		3.
1953	4	B.K.	61	U. duod. red.	-		B. II		2.- Temp.-anstieg, HKTh		3.
1953	5	W.A.	53	U. ventr. perf.	Schock L. 13900				3. Somnolenz HK-Verzagen		
1953	6	D.W.	65	U. duod. perf. reich.	-				3.- zentrale Infus. HKTh		4.
1953	7	A.J.	46	abdom. red.	-		G.E.		4. Genar. Perito-Anthiot. nitis, Subileus Prostagmin		6.
				Hodgkin					3. Temp.-anstieg HKTh		7. Narktinsuff.; Peritonitis
									5. Beginn mass. Infus. HKTh		9. Pneumonie

Tabelle 14

♂ tödlicher Verlauf nach palliativen Operationen wegen Magen-Ca

Jahr	Ifd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop.Bl. bild	operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.d. exit.	Obduktions- befund
1953	1	M.K.	56	Ma-Ca	red.	-	Jejunumfistel	4.	hypostat. Pneumonie	HKTh	6.	
1953	2	R.U.	66	Ma-Cardia-Ca	red.	L. 17.100 Hb 66%, E. 4,6 BKS 43/58	Jejunumfistel	1.	HK.-verschleht. beginn. Lungen-ödem	HKTh	1.	moribund
1953	3	F.K.	75	Ma-Ca	red.	-	Jejunumfistel	6.-	zunehm. Exci- cose, Naht- dehiszenz	Infus.	9.	moribund
1953	4	D.A.	51	Ma-Ca	red.	L. 10.300	Witzelfistel	2.	beginn. HK.-versagen		2.	moribund
1953	5	F.M.	77	Ma-Ca abdom. Metast.	red.	-	Coecalfistel	8.	beginn. HK.-versagen	HKTh	18.	Adeno-Ca d. Magens
1953	6	F.F.	52	perf. Ma-Ca	red.	-	Netzdeckung der Perforation	p.	Kreislauf- op. schock	Infus. HKTh	p.op.	
1953	7	D.J.	63	Ma-Ca	red.	-	Probelaparatomie	9.	Bronchopneum. HKV		10.	
1953	8	A.H.	60	Ma-Ca	red.	-	GE Roux'sche Anastomose	4.	HKV	Infus. HKTh	4.	

Adeno-Ca
d. Magens

Tabelle 15

† tödlicher Verlauf nach Magenresektionen

Jahr	Ifd.	Mr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop. Bl.	operat.	Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg. d.	Obduktions- exst. Befund
postoperativ														
1953	1	W.M.	51	Zust.n.G.E. red. Hb 69, U.ventr. E.4,32	B. II			6.	Peritonitis	Infus. HKth	Winterschlaf	7.	Aspirations- pneumonie	
1953	2	E.J.	57	Ma-Ca, Cholelithiasis reich.	B. II, Cholecystectomy			4.	paralyt. Ileus, HKV	Infus. HKth		5.		
1953	3	M.A.	60	Ma-Ca	aus- BKS 30/34 subtot. Ma-res. reich. Netzresektion			6.	Peritonitis	Transfus., 10. Infus. HKth				
1953	4	Sch.E.	66	Ma-Cardia-Ca	red. - tot. Ma-res.			3.	Pneumonie	HKth O ₂		5.	bds. Lungen- ödem	
1953	5	W.Th.	73	Ma-Ca	red. Hb 73, E.4,26	tot. Ma-res.		3.	cardio pulm. Versagen	Transfus. HKth		6.	Lungenödem, Coronar- sklerose	
1953	6	D.S.	56	Ma-Ca	aus- BKS 40/73 reich.	tot. Ma-res.		2.	HK-Insuff.	HKth		3.	Oberbauch- peritonitis, Coronar- sklerose, Pneumonie	
1953	7	E.S.	51	Ma-Ca	red. BKS 80/116	tot. Ma-res.		2.	Peritonitis	Infus. HKth		3.	Peritonitis, paralyt. Ileus, Nephroinsuff. bds. Lungen- ödem	

p o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop.Bl.operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.d. Obduktions- exit. befund
Resektionen										
1954	1	D. J.	63	Ma-Ca	red.	-	8. II	6. Bronchopneum.	Infus.HKTh	7. morib.
1954	2	H. E.	65	Ma-Ca	red.	L. 9.600	8. II	9. Beginn.HKV	Infus.HKTh	12.
1954	3	F. W.	66	Ma-Ca	gut	L. 10200 BKSS4/92	8. II	3. Beginn.Bron- chopneumonie	Transfus.	9.
								6. Parotitis II	HKTh	
								8. Schwere tox. Schädigung	Antibiotica	
1954	4	A. M.	66	Ma-Ca, Colonne- krose	red.	BKSS68/112 anämisch	8. II	7. innere Maht- dehiszenz	HKTh	8.
1954	5	T. B.	65	Ma-Ca	aus- reich.	-	8. II	1. Ileus, HKV	Infus.HKTh	2.
1954	6	R. A.	66	Ma-Ca	gut	-	8. II	2. steig.B.Z.- Spiegel 201mg/% 3. Leberinsuff. HKTh., Vit. Stoffwechselsvers.	Infus.	3.
1954	7	L. A.	54	Ma-Ca	red.	-	8. II	5 Lebermetastasen Mon. ratomie 7Mon. eitr.Parotitis Incision	Transfus. HKTh	2. morib.
1954	8	G. A.	57	Ma-Cardia-gut Ca	Hb 60, E. 4,56	subtot.Ma-res.		2. HK-versagen	Transfus.	2.
1954	9	H. Th.	49	Ma-Ca	gut	-		5. akute Magen- stumpfbilutg.	Transfus.	7. morib.
1954	10	H. F.	56	Ma-Card.-gut Ca	-	subtot.Ma-res.		2. Kreislauf- kollaps	Infus.HKTh.	2.
										bronchopneu- monische Herde Begleitpleu- ritis, p.op. N.N.blutung

Jahr 1954, Mr. Name Alter Diagnose A. Z. Präop. Bl. operat. Eingriff Bild

Postoperat. Tag Komplikation Therapie

Tg. d. Obduktions-
ext. befund

Resektionen

1954	11	M. Fr.	61	Ma-Ca	gut	-	subtot. Ma-Res.	4. Bronchopneum.	Transfus.	7. lokale Peritonitis
								6. Narkotikafiz.	Infus	konils, ff.
								6. Peritonitis,	HKTh	Narkotikafiz.
								Eiterung aus		Gehirndarm
								Drain		
1954	12	D. G.	70	Ma-Ca.	red.	-	subtot. Ma-Res.	5. Ileus, akute	Infus.	9.
								Peritonitis	prostit.	
									HKTh	
1954	13	W. A.	56	Ma-Card.- Des.-Ca	ka- chekisch	L. 9. 300	Des.-Jejunostomie Roux'sche Anast.- Splenect., part. Pankreas.	3. HKV	Infus.	4. Atonie des Jejunums
									HKTh	Myodegen, fibr. cordis, Lungen- ödem bds.
1954	14	Sch. J.	58	blut. aus- reich.	-	-	transstom. Gastrektomie	1. Kreislauf- kollaps	Transfus.	1. Transfus.
									HKTh	
1954	15	P. J.	58	Ma-Cardia- Ca	gut	-	totale Ma-Res. Splenectomie	2. Kreislauf- kollaps	Transfus.	3. Pankreas, fett- gew. nekrose Lungenödem, fibrin. Pleuri- tis II.
								3. Ileus	Infus.	
									HKTh	
1954	16	G. M.	62	Ma-Cardia- Ca	red.	L. 9. 800	totale Ma-Res.	2. beginn. Bron- chopneumonie	Antibiot.	
								4. HKV	HKTh	4.
1954	17	F. J.	63	Ma-Cardia- Ca	gut	-	totale Ma-Res.	2. beginn. Bron- chopneumonie	Infus.	4. hochgrad. Hypo- stase bd. Lung.
								3. Dyspnoe	Intubation	hochgrad. Hyper- trophie u. Dilat d. Herzens.
									O ₂	
1954	18	G. W.	34	Ma-Ca	gut	L. 8. 800	totale Ma-Res.	20. paralyt. Ileus	Relaparatomie	20. morib.
								beginn. HKV	Transfus.	

p o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z. präop.	Bl. operat.	Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.d. Obduktions- exit. befund
					bild						
					<u>Resektionen</u>						
1954	19	L.S.	50	Ma-Ca.	red.		totale Ma-Res.	4.	HK-Versagen	Transfus. Infus.HKTh	4. morib.
1954	20	M.A.	67	Ma-Ca	red.		totale Ma-Res.	5.	schleichende Peritonitis	Transfus. Infus. HKTh	6. diff. Peritonitis, Bronchopneum., häm. fibr. Erguss
1954	21	L.J.	53	Ma-Ca	ausreich.		totale Ma-Res.	5.	Embolie d.art. centr. Retinae	Infus.	6. Thrombose a. ophth. re., lok. Peritonitis, Ileus, Lungen-ödem
								6.	HKV Nitroschering	Eupavarin, Nitroschering	
1954	22	L.J.	52	blut. Ma-Ca.	red.		totale Ma-Res.	1.	allgem. Intoxikation	Infus. Nähr- klysmen HKTh	2.
1954	23	K.H.	53	Ma-Ca.	ausreich.		totale Ma-Res.	8.	Peritonitis	Transfus. HKTh	9.
1954	24	H.J.	72	Ma-Ca.	gut	Hb. 60, E. 3,0	totale Ma-Res.	2.	Subileus	Darmrohr, Einlauf HKTh	7. hypostat. bds. Pneumonie
					<u>palliative Eingriffe</u>						
1954	25	B.J.	52	Zust. nach Cardiores. Ma-Cardia-Ca-Rezidiv	gut		BKS 15/32 G. E.	20.	progrediente Kachexie	Witzelfistel Transfus. HKTh	28. morib.
1954	26	T.E.	69	Ma-Ca	kachektisch		- Witzelfistel	3.	Somnolenz, Beginn. HKV	Infus. HKTh	4.
1954	27	M.H.	52	Ma-Ca, Leber-Metast.	red.		L. 20.100 Jejunumfistel	4.	Pneumonie	Infus. HKTh	1.
1954	28	H.F.	48	Magenca. Ileus	red.		Jejunumfistel, A. pre.	6.	Peritonitis HKV	Witzelfistel, HKTh, Infus.	8. Peritonitis, Fibrosarcoma Jeht., lymphog. Tumoraussaat, hochgrad. braune Atrophie d. Herz, u. d. Leber.

Jahr 1.f.d. Mr. Name Alter Diagnose A. Z. präop. Bl. operativ. Eingriff Tag Komplikation Therapie Tg. d. Obduktions-
 bild bild

1954	1	B. J.	45	U. ventr.	gut	-	B. II	2. Stumpfsinusf. Duodenal- 3. Peritonitis, sonde 4. parailleus HKth 8. Hyperthermie, HKth, Tachycardie Infus.	6.	
1954	2	E. F.	56	U. ventr.	red.	-	B. II	10. hypoat. Pneumonie, Tracheobron- chitis-Brön- chiolitis		
1954	3.	H. K.	55	U. ventr.	red.	L. 14.000	B. II	2. Kollaps, Infus. HK-Versagen HKth	2.	
1954	4	R. Ch.	57	U. ventr.	red.	-	B. II	5. Somnolenz, Ileus Prostigmin 7. HK-Versagen Infus. HKth 7. 9. bds. Broncho- pneumonie Infus. 16. Platzbauch, HKth	24.	morib.
1954	5	W. L.	72	U. duod.	red.	L. 12.300	B. II	i. während der Transfus. i. op. op. Skelettierung Herzmassage d. Magens - Herzstillstand		Arrosion d. a gastr. dex. Lungendäm, bronchopneum.
1954	6	T. W.	48	U. duod. perif.	somno- lent anämisch		B. II.	5. Maligneuf., Relaparatomie Ileus, Wundde-Transfus. hiszenz, An- steigen d. RN HKth 130 mg%	9. diff. Pneumo- nie re, Nie- renparenchym- hämat.	
1954	7	M. St.	55	U. duod.	gut	-	B. II	5. Ileus Hypophysin 13. hochgrad. Darmatonie, Des- atemie, Hydronephro- se		Bronchopneum u. Ödem beid. Lungen
1954	9	H. A.	48	U. ventr.	gut	BKS 40/73 totale	Ma-Res.	2. Kreislauf- Kollaps Infus. HKth	2.	
1954	10	J. F.	36	U. pept. jej. nach B. II	gut	L. 3000	G. E. (Nachresekt.)	3. HK-Versagen Transfus. 4. HKth		
1954	11	F. G.	70	U. ventr. Kollaps perif. Perit- tonitis diffusa			Überernährung d. Perf. 4. toxisches Versagen, Pneu- bld. HKth monie, Resistenz- verlust	4. Infus. Antl- 02		
1954	12	Cs. T.	75	U. duod. perif.	red.	L. 3600	Überernährung d. Perf. 3. HK-Versagen Infus. 3. HKth			

p o s t o p e r a t i v

Jahr lfd.Nr.Name Alter Diagnose A. Z. präop.Bi.operat.Eingriff Tag Komplikation Therapie Ig.d. Oduktions-
bild exit. Befund

Resektionen

1954	1	E.M.	60	Ma-Ca	red.	-	hoher B.II Res.d.gr.Netzes	2. Ileus, zentr. Infus. HKTh	6.
1954	2	Z.W.	74	Ma-Ca.	red.	-	B. II	8. fulminante Lungenembolie HKTh	8.
1954	3	Sch.Th.	71-	Ma-Cardia- Ca	red.	8KS 45/95	Oes.-gastrostom.	7. Anschwellg.d. Transfus. Submandib. Infus. 8. Parotis-schw. HKTh bds.	8.
1954	4	S.A.	79	Ma-Ca	red.	-	subtot.Resektion gastro-jejunostom.	8. Parotitis re Parotitis 23. Thrombophleb. re, Bein 32. Thrombophleb. li. Beckenvenen- thrombose 55. Parotitis li (Bestrahlung) HKTh	63.
1954	5	R.J.	48	Ma-Cardia- Ca	red.	L. 10900 8KS46/86	totale Ma-Res. Splenektomie	6. Subileus 8. mass.li.V.fem. Infus. HKTh thromb.	8.
1954	6	W.J.	59	Ma-Ca	red.	-	totale Ma-Res.	7. bds. schwere Infus. Bronchopneum. HKTh	11.
1954	7	H.K.	68	Ma-Cardia- Ca	red.	-	<u>palliative Eingriffe</u> Jejunumfistel 40,50C	6. Bronchopneum. HKTh	8.
1954	8	Sch.W.	53	Ma-Ca, Le- bermetast.	red.	red.	anämisch vordere G.E.	2. Somnolenz HKU "Infaust"eing.	2.

extrig. Peritonitis,
Thromb.v. cava
v. illecae,
v. femorales.

U A B H I J K L M N O P Q R S T V X Z

Jahr	lfd. Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z. präop. Bil.	operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg. d. exst. Befund	Obduktions-
1954	1	W. J.	71	U. ventr. aus- reich.	BKS 28/49	B. II	4.	dpe. Pneumonie, Ileus	Infus. HKH	6.	
1954	2	H. M.	43	Zust. nach red. ventr. et d. d. d.	L. 11.700	B. II	24.	diff. Peritonit. des abfüh. Schenkels d. G. E.	Infus. HKH	38.	11. pulm. Thrombose

Jahr lfd.Nr.Name Alter Diagnose A. Z. präop.Bl. operat. Eingriff Tag Komplikation Therapie To.d. Obduktions-
bild exit. befund

p o s t o p e r a t i v

Resektionen

1955	1	L.A.	59	Ma-Gallen- blasen-Ca	red.	BKS 37/69	B. II Cholecystectomy	1. HKV	Infus. HKTh	2.	
1955	2	S.W.	59	Ma-Ca	gut	Hb 64, E. 3,97	B. II, Metzres.	2. Platzbauch, HK-kollaps	Wundrev. sec.Nähte HKTh	2.	
1955	3	D.J.	56	Ma-Ca	gut	L.10600	subtotale Ma-res.	2. HKV	HKTh	3.	Pankreasfett- gew.-nekrose
1955	4	H.H.	58	Ma-Ca	aus- reich.	BKS 23/40	subtotale Ma-res.	5. Lungeninfarkt	Infus. HKTh,Vit.	12.	
1955	5	S.J.	71	Ma-Ca	red.	-	subtotale Ma-res.	2. bds.Unterlap- penpneumonie	HKTh, Antibiot.	3.	Oedem bd. Lungen
1955	6	F.D.	52	Ma-Cardia-red. Ca			anämisch tot, Ma-Cardia-Res.4. beginn.HKV Roux'sche An.	Infus. HKTh		6.	
1955	7	C.O.	60	Ma-Cardia-aus- Ca reich.			tot, Ma-Cardia-Res.5. beginn.HKV Braun'sche An.	Transfus. Infus.HKTh		8.	
1955	8	S.L.	52	Ma-Cardia- Ca	gut	-	tot, Ma-Cardia-Res.3. beginn.HKV	Infus.HKV		5.	
1955	9	K.K.	61	Ma-Cardia- Ca	red.	U.9000 BKS 46/75	tot, Ma-Cardia-Res.2. basaler Lun- generguß	Transfus. Infus. 4. Hyperthermie, HKTh Arrhythmie		7.	
1955	10	H.K.	34	Ma-Ca	kachek- tisch	-	totale Ma-Res.	3. HKV, akut	HKTh	4.	Thromb.a.l.lien Hypostase, Oedem bd.Lu. Blutg. des re ventr.
1955	11	K.K.	63	Ma-Ca	aus- reich.	-	totale Ma-Res.	2. akutes HK- kollaps	HKTh	2.	
1955	12	A.Th.	66	Ma-Ca	aus- reich.	BKS 21/50	totale Ma-Res.	4. bds.Pneumonie	HKTh Antibiot.	5.	
p a l l i a t i v											
1955	13	K.M.	75	Ma-Ca	red.	L.9.600 BKS 57/87	vordere G.E. exit.i.intabula Herzstillst.	Herzmass.	i.op.		Pericarditis chronica, fortgeschritt. Coronarsklero- se, Broncho- pneumonie
1955	14	K.E.	76	Ma-Ca	aus- reich.	L.10.000	Jejunumfistel	2. beginn.akutes Lungenödem	HKTh	4.	

Jahr	Jfd.	Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop.-Bl. operat.	Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.	Obduktions- bild	exit.	Befund
1955	1	H.L.	53	U.Ventr.	red.	-	B. II	7.	Anast.-stenose Ileus, weitere Verschlechtig.	Mesenteria- lische, weitere HKth Infus.	12.	Atonie d.ges. Ma-Darms, Bron- chopneum.li mass.Pneum. lobare			
1955	2	K.O.	38	perf.U. durd.	auss- reich.	-	B. II	5.	Ileus, HK-Koliase	HKth Prostigmmin.	5.	Atonie d.ges. Darmes,Cyanose d.Gehirns,hoch- grad.Leberpa- renchymschaden			
1955	3	H.X.	57	Zust.nach aus- G.E+U.dept.reich. Jeg.	-	-	B. II part. Dünndarmresektion	1.	Spassmen,Erb- brech.,Temp. 2. HKV	Transfus. Infus. HKth Protigmin.	2.	morb.			

Atonie d.ges.
 Ma-Darms, Bron-
 chopneum. 11
 mass. Pneum.
 lobäre
 Atonie d.ges.
 Darms, Cyanose
 d.Gehirns, hoch-
 grad. Leberpa-
 renchym Schaden
 morib.

Tabelle 22

g tödlicher Verlauf nach Resektionen und Palliativop.wegen Magen- u. Ma-Cardia-Ca

p o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop.Bl. bild	operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.d.Obduktion-exit.	Befund
<u>Resektionen</u>												
1955	1	Z.R.	66	Ma-Ca (Metast.)	red.	BKS 56/85	B. II	1.	postop.Icterus Coma hepaticum	HKTh	1.	morib.
1955	2	F.K.	74	Ma-Ca	red.	Hb50, E. 2.76	B. II	1.	st.HK-kollaps	Transfus. Infus.HKTh	2.	bds.Lu-Ödem mass.Bröncho pneumonie fibr.eitr. peritonitis
1955	3	B.M.	64	Ma-Ca	red.	Hb56 E.2.88 BKS 22/55	B. II	1.	K.kollaps Lungenödem Bronchopneum., Erguß	Aderlass HKTh	8.	
1955	4	Sch.K.	70	perf.Ma- Ca	red.	L.9.700 Hb 57, E.4.59	B. II	10.	bas.Pleuritis, Pneumonie fulm. Lungen- embolie	Transfus. Infus. HKTh	16.	
1955	5	Sch.B.	63	Ma-Cardia-aus- Ca	reich.	-	abdomino-thorakale Ösophagojejunostomie	2.	HKV	Infus.HKTh	3.	
1955	6	F.C.	34	Ma-Cardia-red. Ca		Hb 59, E.3.29 BKS 29/58	totale Gastrectomie	5.	akutes HKV	Transfus. Infus.HKTh	5.	
1955	7	F.A.	55	Ma-Ca	red.	BKS 23/50	totale Ma-res.	1.	akutes HKV	HKTh	2.	
1955	8	Sch.B.	53	Ma-Ca (Metast.)	red.	Hb 69, E.3.37	totale Ma-res., Splenectomie,	p.op.		HKTh	p.op.	Hämatom i. u.p.-gebiet Hämatox
1955	9	W.E.	44	Ma-Ca	aus- reich.	-	BKS111/132 Pankreaschw.-res. totale Ma-res. Pankreasschwanzres.	2.	HKV	Inf.HKTh	2.	serös.Pleu- ritis,anäm. Leb.infarakt
1955	10	W.O.	52	Ma-Ca	schw. red.	L.9.200 Hb 48, E.4.0	totale Ma-res.	7.	Duodenal- stumpfnäuff. peritonitis	Transfus. Infus.HKTh	7.	
1955	11	W.Th.	75	Ma-Ca. (Metast.)	aus- reich.	L.9.600	antecol.G. E. Braun'anastomose	p.op. i. narc. Erbrechen,Aspir. HKV		HKTh	p.op.	
1955	12	M.A.	62	Ma-Ca. (Metast.)	morib.	-	Jejunumfistel	2.	HKV	HKTh	2.	
1955	13	P.G.	47	Ma-Ca- Rezidiv	red.	-	Witzelfistel nach 8.II v.2 Mon.	nach der pall.Ösophagoklysman Rezidioperat.HKTh langsamer Ver- fall			15.	

p a l l i a t i v

Jahr lfd.Nr. Name Alter Diagnose A.Z. präop.Bl.operat.Eingriff Tag Komplikation Therapie Tag.d. Obduktions-
 exit. befund

postoperativ

Jahr lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop.Bl.	operat.	Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tag.d. Obduktions- exit. befund
1953 10	R.F.	60	Re-Ca	gut	-	einzeitige Re-Amp.	7. fulminante Lungenembolie	Infus. HKTh	7.		
1953 11	G.L.	60	Zust.nach Re-Amp. wegen Re-Ca Ileus	red.	-	Ileotransversostomie ileo-ileostomie	2. HKV	Infus.	2.	diff. Peritonitis, Einzelne Perforationen im Dünndarm	

Tabella 23 A

1953 12	M.J.	45	M.Hodgkin Dünndarm-ileus	red.L.2.300		Dünndarmresektion M.Hodgkin	1. HK-insuff. Ileus	HKTh Prostigmin	1.	morib.
1953 13	Mh.J.	39	M.Hodgkin, red. diff.Peritonitis Perfor. Ileo			Ileumfistel	12. HKV	Infus.HKTh	12.	morib.



1953		1954		1955		gesamt	
♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
153	312	157	289	153	283	463	884

Im Jahre 1953 wurden an der chirurgischen Universitätsklinik München 153 Männer im Bereich des Intestinaltraktes operiert.

Bei 28 Pat. handelte es sich um bösartige Erkrankungen, die in 11 Fällen radical und in 17 Fällen nur noch palliativ behandelt werden konnten. Bei den Palliativmaßnahmen überwog die Anlage eines Kunstafters (12 Pat. mit D.-A. von 63,5 J.) neben 2 Ileosigmoidostomien (Alter d. Pat. 71, 47 J.), einer Jejunum- (55 J.), einer Ileum- (39 J.) und einer Coecumfistel (77 J.). Unter den radicalen Operationen wurden 4 einzeitige Rectumamputationen (Re-amp.) bei Pat. im Alter von 57, 60, 66, 66 Jahren, 2 Transversumresektionen (54 und 39 j. Pat.), 2 Ileotransversostomien (60 u. 66 j. Pat.), eine Sigma-Ca-Resektion mit Anlage eines temporären Anus praeter (80 j. Pat.), bei einem 24 j. u. 45 j. Pat. eine partielle Ileumresektion ausgeführt.

125 Pat. wurden wegen gutartiger Erkrankungen operiert, in 120 Fällen waren es Appendectomien, in 2 Fällen Dünndarmresektionen (Alter d. Pat. 45, 51 u. 54 J.), eine Coecumfistel (44 j. Pat.), eine Fremdkörperentfernung aus dem Ileum, eine Anus-praeter-Revision wegen eines Prolaps (63 j. Pat.).

Von 11 angelegten Kunstaftern wegen eines Rectum-Ca kam es p. o. bei 4 Pat. zu Kompl. (s. Tab. 23, Nr. 1 - 4): ein 82 j. Pat. wurde am 7. Tag im morib. Zustand mit einer bds. Pneumonie verlegt; 2 Pat. starben an den Folgen einer Lungenembolie, ein 66 j. am 4. Tag und ein 72 j. am 10. Tag; bei einem 52 j. Pat. trat am 9. p. o. Tag ein Ileus auf, der eine Relaparatomie notwendig machte, der Pat. kam am 20. Tag durch eine hochgradige Peritonitis sowie eine Aspirationspneumonie ad exitum. Ein 56 j. Pat. erhielt einen anus praeter wegen einer abdominellen Sarkomatose mit Invaginationsileus, er starb am 2. Tag durch H.K.V. (s. Tab. 23, Nr. 5). Von 4 weiteren palliativen Operationen zeigten 3 p. o. Kompl. (s. Tab. 23, Nr. 6-8): ein 71 j. Pat. erlag 4 Tage nach einer Ileosigmoidostomie wegen eines Sigma-Ca einer Pneumonie; bei einem 55 j. Pat. wurde wegen eines Verschlusileus durch Lungentumormetastasen eine Jejunumfistel angelegt, der Pat. starb p. o. an einem H.K.-kollaps; ein 77 j. Pat. mit einem Rectum-Sigma-Ca bekam 4 Tage nach der angelegten Coecalfistel eine Bronchopneumonie, am 8. Tag eine Beckenvenenthrombose, seit dem 12. Tag zeigte er eine zunehmende therapieresistente H.K.-schwäche, der er am 28. Tag erlag. Bei den 4 in einer Sitzung ausgeführten Rectum-amp. wegen Ca kam es bei 3 Pat. zu p. o. Kompl.: ein 60 j. Pat. zeigte am 30. Tag eine Fistel in der sakralen Wunde, sie bildete sich nach Spreizung zurück (p. o. Aufenthalt 52 Tage); bei einem 57 j. Pat. trat am 3. p. o. Tag ein Strangulationsileus auf, nach durchgeführter Laparatomie kam es zum H.K.V., mit welchem der Pat. am 5. Tag morib. verlegt wurde (s. Tab. 23, Nr. 9); ein 60 j. Pat. starb am 7. p. o. Tag an einer fulm. Lungenembolie (s. Tab. 23, Nr. 10). Ein 54 j. Pat. bekam 2 Tage nach einer Transversumresektion wegen eines Ca. einen Ileus, der ein Coecalfistel notwendig machte, am 8. Tag trat eine Wundinfektion auf, 46 Tage nach

der Operation zeigte sich eine Nahtdehiszenz und eine Fadenfistel (p. o. Aufenthalt 75 Tage). Ein 60 j. Pat. kam 2 Tage nach einer Ileotransversostomie (wegen eines Ileus durch Tumormetastasen) an einer diffusen Peritonitis ad exitum (s. Tab. 23, Nr. 11). Ein 45 j. Pat. verließ einen Tag nach der Dünndarmresektion wegen M. Hodgkin mit zunehmender H.K.-insuffizienz morib. die Klinik (s. Tab. 23a, Nr. 1). Ein 39 j. Pat. mit fortgeschrittenem abd. M. Hodgkin wurde 12 Tage nach Anlage einer Ileumfistel mit progredientem H.K.V. morib. verlegt (s. Tab. 23a, Nr. 2).

Von 120 appendectomierten Pat. (darunter 4 perf., 2 phlegmonöse Appendices) zeigten 4 p. o. Komplikationen: bei einem 20 j. und 42 j. Pat. traten Wundinfektionen auf, ein 27 j. Pat. mit perf. App. zeigte p. o. eine Peritonitis mit Subileus, bei einem 52 j. kam es 5 Tage nach der Appendectomie zur bds. Thrombophlebitis der Unterschenkel.

8 Tage nach einer Dünndarmresektion wegen eines Volvulus trat bei einem 51 j. Pat. eine Wundinfektion mit Fadenfistel auf (p.o.Aufenthalt 22 Tage). Bei einem 44 j. Pat. wurde eine Coecumfistel, die sich nach einer Appendectomie im Jahre 1952 gebildet hatte, verschlossen; p. o. kam es zur Wundinfektion.

Im selben Jahr unterzogen sich 312 Frauen einer Operation am Intestinum.

In 34 Fällen wurde wegen maligner Tumoren operiert, von denen 23 palliativ und 11 radical behandelt wurden. Unter den palliativen Maßnahmen überwog die Anlage eines anus praeter (19 Pat.). Indikationen waren bei 12 Pat. (D.-A. 54, 5 J.) ins Rectum metastasierende oder penetrierende Genitaltumoren, bei 6 Pat. (Alter 47, 52, 56, 59, 70, 71 J.) Rectum-Ca, bei einer 25 j. Pat. ein Sigma-Ca. 4 Coecumfisteln wurden angelegt, 2 wegen inop. Sigma-Ca (Alter der Pat. 80 u. 66 J.) eine wegen Colonstenose bei Carcinomatosis peritonei (62 j. P.) und eine Fistel wegen Colon-Ca mit Subileus (61 j. Pat.). Bei den Resektionen dominierten die Re.-amp. (8 Fälle): bei 3 Pat. (Alter 57, 59, 61 J.) wurde eine einzeitige, bei 5 Pat. (Alter 47, 53, 53, 55 J.) eine zweizeitige Re.-amp. ausgeführt. Bei 2 Pat. (40 u. 36 J.) wurde eine partielle Colectomie durchgeführt; ein Sigma-Ca bei einer 60 j. Pat. wurde entfernt.

Eine Zusammenfassung über die Operationen wegen bösartiger Tumoren gibt die folgende Übersicht:

	Colon-Ca	Sigma-Ca	Re.-Ca	Genitaltum.
A.-praeter	-	1	6	12
Coecumfistel	2*	2	-	-
Resektionen	2	1	8	-

* eine Pat. mit Colonstenose bei abd. Carcinomatosis und primärem Ma-Ca.

278 Frauen wurden wegen gutartiger Erkrankungen operiert. Ganz an der Spitze standen hier Appenditiden (271 Fälle). Bei 3 Pat. im

Alter von 61, 48, 35 Jahren wurde wegen eines prim. Ileus eine partielle Dünndarmresektion vollzogen. Zwei Rectumresektionen - bei einer 66 j. Pat. wegen eines Analprolapses, bei einer 54 j. wegen einer Steißbein-Rectumfistel nach früherer Steißbeinresektion wegen Tbc -, eine totale Colectomie bei einer 24 j. Pat. wegen Colitis ulcerosa und eine Ileotransversostomie und Sigmafistel bei einer 39 j. wegen spontaner Dünndarmfistel nach Hysterektomie wurden ausgeführt.

6 der 12 Pat., die wegen Genitaltumoren einen A. praeter bekamen, zeigten p. o. Kompl.+ bei einer 43 j. Pat. mit einer Rectovaginalfistel bei Collum-Ca trat 8 Tage nach der Operation eine starke vaginale Blutung ein, am 9. Tag verfärbte sich die Pat. icterisch, sie wurde in die Frauenklinik zurückverlegt. Die anderen 5 Kompl. nahmen tödlichen Verlauf (s. Tab. 24, Nr. 1 - 5). Eine Pat. im Alter von 52 J. mit gleichem präop. Befund starb 19 Tage nach Anlegen des A. praeter an allgemeiner Carcinomatosis und konfluierender Bronchopneumonie; eine 62 j. Pat. mit einem Collum-Ca kam 4 1/2 Monate nach dem op. Eingriff in hochkachektischem Zustand an einer Lungenembolie ad exitum; eine 53 j. Pat. mit einem Uterus-sarkom erlag am 1. Tag einem akuten H.K.V., die Obduktion zeigte eine zusätzliche diff. fibrinöse Peritonitis; eine 39 j. Pat. mit einem Uterus-Ca starb 5 Tage p. o. an einer bds. Pneumonie; am 5. Tag p. o. verfiel eine 54 j. Pat. mit einem Uterus-Ovarial-Ca zunehmend und kam am 13. Tag an einer chronischen Peritonitis carcinomatosa sowie einer Hydronephrose ad exitum. Von weiteren 6 Pat., die wegen Rectum-Ca einen Kunstafter erhielten, zeigten 2 p. o. Komplikationen: eine 59 j. Pat. bekam am 13. Tag eine Narbenphlegmone und gleichzeitig eine Thrombophlebitis in beiden Unterschenkeln, sie wurde nach 60 Tagen auf die Innere Abteilung verlegt; eine 47 j. Pat. bekam am 6. p. o. Tag eine Thrombophlebitis im rechten Unterschenkel, nach 14 Tagen hatte sich eine diff. Peritonitis ausgebildet, der die Pat. am 16. Tag erlag (s. Tab. 24, Nr. 6).

Der p. o. Heilverlauf bei 3 von 4 Pat., die Coecumfisteln erhielten, endete gleichfalls tödlich (s. Tab. 24, Nr. 7 - 9): 2 Pat. erlagen H.K.-Komplikationen bei bestehender Peritonitis, eine 66 j. Pat. mit einem Sigma-Ca am 4. Tag und eine 61 j. Pat. mit einer Colonstenose durch Ma-Ca-rezidiv und ausgeprägter Carcinomatosis peritonei mußte 17 Tage nach Anlage der Coecumfistel wegen progredienter Stenosierung eine Witzelfistel eingenäht werden, 3 Tage später starb die Pat. an einem bds. Lungenödem und einer Bronchopneumonie.

Von 3 einzeitigen Re.-amp. kam es bei einer 57 j. Pat. am 5. p.o. Tag zu einer Nachblutung aus der sakralen Wunde, die spontan sistierte (70 Tg. Klinik-Aufh.). 3 von 5 zweizeitigen Rectum-amp. zeigten p. o. Kompl.: bei einer 53 j. Pat. kam es am 11. Tag zur Wundinfektion, nach 50 Tagen zu einer Fadenfistel (p.o. Aufh. 5 Mon.); eine 53 j. Pat. starb 17 Tage nach der 2. Sitzung durch akutes H.K.V. (s. Tab. 28, Nr. 10); eine 47 j. Pat. bekam 30 Tg. nach dem 2. op. Eingriff eine Infektion der sakralen Wunde, am 48. Tag eine Muskeldiastase, die Pat. verfiel langsam und starb 10 Mon. p. o. (bei besteh. Parotitis re)(s. Tab. 28, Nr. 11). Die Sigma-Ca-resektion bei einer 60 j. Pat. nahm ebenfalls tödlichen Verlauf. Die Pat. erlag am 5. Tag einer diff. Peritonitis, einem bds. Lungenödem, einer schweren toxischen Leberschädigung (s. Tab. 28, Nr. 12). Bei einer

36 j. Pat. trat 13 Tage nach partieller Colectomie wegen Colon transversum-Ca eine Parotitis, nach 30 Tagen ein Icterus auf (p. o. Aufenthalt 55 Tg.).

Von 271 appendectomierten Pat. gab es 21 Komplikationen. In der Mehrzahl der Fälle (16) handelte es sich um p. o. Wundinfektionen, bei 5 Pat. wurde konservativ behandelt (von ihnen wurde eine 52 j. Pat. 8 Monate später wegen einer Narbenhernie operiert), bei 11 Pat. wurde chirurgisch vorgegangen (Spaltung, Spreizung der Abszesse oder Serome); unter ihnen zeigten 3 Pat. zusätzliche Narbendehiszenzen; eine 52 j. Pat. wurde mit einem kleinen Fadenfistelkanal entlassen. Wegen indifferenter p. o. Oberbauchschmerzen mußte eine 19 j. etwas adipöse Pat. am 11. Tag relaparatomiert werden, am 22. Tag trat eine Narbendehiszenz auf, am 32. Tag eine Fistel, die gespalten wurde. 55 Tage p. o. wurden die Wundränder nach wiederholter Dehiszenz angefrischt (p. o. Kl.-Aufh. 80 Tg.). Eine 25 j. Pat. kollabierte am 4. Tag während eines hohen Einlaufes zur Anregung der Peristaltik. 3 Pat. verstarben p. o. (s. Tab. 25, Nr. 1 - 3): eine 67 j. Pat. mit akuter App. bei Cholelithiasis am 1. Tag p. o. durch H.K.V. bei hochgrad. Mitralstenose; eine 66 j. Pat. mit perf. App. bei generalisierter Peritonitis und bds. Pneumonie starb p. o. an ihrer Sepsis; eine 32 j. Pat. mit perf. App., Peritonitis und perityphlitischem Abszess kam ebenfalls am 1. p. o. Tag an ihrer Sepsis ad exitum. Komplikationen traten auch bei den beiden Rectumresektionen wegen gutartiger Erkrankungen auf: eine 66 j. Pat. (bei der wegen des Analprolapses reseziert wurde) zeigte 40 Tg. später starke Sekretion aus der sakralen Wunde und nach 45 Tagen einen Douglasabszess, der gespalten wurde (p. o. Aufh. 70 Tg.); eine 54 j. Pat. mit einer Steißbein-Rectumfistel verstarb am 3. Tag nach der partiellen Rectumresektion durch H.K.V. bei Thrombose der linken a. pulm. (s. Tab. 25, Nr. 4). Bei einer 24 j. Pat. kam es 7 Tg. nach totaler Colectomie wegen Colitis ulcerosa zu tödlichem Kammerflimmern (s. Tab. 25, Nr. 5). Eine 39 j. Pat. bekam 10 Tage nach Verschluß einer spontanen Dünndarmfistel, Ileotransversostomie und Sigmafistel eine Peritonitis, am 14. Tag begann zunehmende H.K.-schwäche, der sie am 16. Tag erlag (s. Tab. 25, Nr. 6).

Im Jahre 1954 wurden 157 Männer im Bereich des Darmes operiert. Hiervon waren 126 Operationen wegen gutartiger, 31 wegen bösartiger Erkrankungen. Bei den letzteren dominierten die radikalen Eingriffe über die palliativen mit 27 : 4. Es handelte sich bei 7 Pat. um Sigmaresektionen (mit A.praeter-Anlage in 5 Fällen) (D.-A. 62, 2 J.), bei 16 Pat. um Re.amp., wobei 13 Pat. (D.-A. 55 J.) in einer Sitzung und 3 Pat. (71, 68, 61 J.) in 2 Sitzungen operiert wurden; bei 2 Pat. (73, 48 J.) wurde eine partielle Colonresektion mit temporärem A.praeter durchgeführt; 2 Pat. (58 u. 64 J.) unterzogen sich einer partiellen Dünndarmresektion. Palliativ wurden 4 Kunstafter angelegt, 2 wegen Colon-Ca (Alter der Pat. 21. und 68 J.) und 2 wegen Rectum-Ca (Alter d. Pat. 65 u. 79 J.).

Unter den Operationen mit gutartigen Indikationen überwogen die Appendectomien (113 Fälle), es folgten partielle Dünndarmresektionen (7 Fälle mit D.-A. von 51 J.) Ileotransversostomien bei 2 Pat. im Alter von 46 u. 60 J., eine Dünndarmübernähung (24 j. Pat.), eine Meckel'sche Divertikelresektion (32 j. Pat.), eine Duodenal-

divertikelresektion (45 j. Pat.) und ein Fistelverschluß (59 j. Pat.).

Von 7 Sigma-Resektionen zeigten 4 p.o. Kompl.: ein 56 j. Pat. bekam am 10. Tag eine Wundinfektion, am 15. Tag hatte sich eine Fistel ausgebildet, die bei seiner Entlassung nach 54 Tagen noch nicht ganz verschlossen war. Ein 60 j. Pat. bot 11 Tage p. o. eine lokale Peritonitis; er verließ nach 61 Tagen die Klinik, nachdem am 48. Tag p.o. die angelegte Coecumfistel verschlossen worden war. 2 weitere Kompl. nahmen tödlichen Verlauf (s. Tab. 26, Nr. 1 u. 2): 2 Tage nach Abtragung der zuvor in die Bauchwand eingenähten tumorösen Sigmashlinge starb ein 66 j. Pat. durch einen H.K.-kollaps; ein 56 j. Pat. bekam 4 Tage nach der Operation einen Ileus, der konservativ behandelt wurde, am 5. Tag verstarb er durch H.K.V.

Von 13 einzeitigen Re-amp. verliefen 9 komplikationslos. Ein 40 j. Pat. zeigte nach 25 Tagen eine Zystitis mit Blasenatonie, p. o. Aufenthalt 34 Tage. Bei einem 49 j. Pat. bildete sich nach 25 Tg. eine subcutane Fistel, die gespalten wurde (p.o. Aufh. 3 Mon., 10 Tg.). Ein 50 j. Pat. bekam 2 Tg. nach der Resektion einen Icterus, am 6. Tag eine Parotitis li. Bei anhaltendem Icterus mußte am 26. Tag eine Cholecystectomy wegen Lithiasis ausgeführt werden (Kl.-Aufh. 51 Tg.). Bei einem 56 j. Pat. trat am 3. Tag ein paralytischer Ileus auf, es wurde eine Coecumfistel angelegt. Der Pat. starb am 5. Tag; die Obduktion zeigte eine Insuffizienz der ventralen Hautnaht sowie des lateralen Drittels der Peritonealnaht und eine hochgrad. Magen-Darmparalyse (s. Tab. 26, Nr. 3). Von den 3 ausgeführten 2-zeitigen Re-amp. bekam ein 68 j. Pat. 9 Tage nach der 2. Sitzung eine Parotitis re (sie wurde bestrahlt), nach 39 Tagen eine Cystitis (p.o. Aufenthalt 66 Tg.). Ein weiterer Pat. im Alter von 71 Jahren zeigte 7 Tage p. o. eine Anurie und beginn. H.K.V. dem er am 13. Tag erlag. Die Obduktion ergab eine schwere ascendierende haemorrhagische Cystopyelitis und eine Bronchopneumonie (s. Tab. 26, Nr. 4).

Der p. o. Verlauf von 2 Pat., bei denen eine partielle Dünndarmres. ausgeführt wurde, endete tödlich (s. Tab. 26, Nr. 5 u. 6): ein 58 j. Pat. mit Oberbauchsarkom starb am 8. Tag unter den klinischen Symptomen des akuten H.K.V. Bei der Obduktion fanden sich eine Nahtinsuffizienz mit diff. Peritonitis bei hochgrad. Brüchigkeit des Darmes. Ein 64 j. Pat. mit Dünndarmmetastasen bekam p. o. einen Ileus und starb am 2. Tag an H.K.V. und einer Bronchopneumonie.

Bei den Palliativmaßnahmen war nur der p. o. Verlauf eines 65 j. Pat. mit einem Rectum-Ca komplikationslos, die anderen 3 Pat., die alle in deutlich reduzierten präop. Zustand waren, kamen p. o. ad exitum, (s. Tab. 26, Nr. 7, 8, 9): bei einem 21. j. Pat. kam es am 4. Tag zum Ileus, der eine Laparatomie nötig machte. Vom 5. auf den 6. Tag hatte sich durch das Herausgleiten des Fistelschlauches eine Peritonitis entwickelt, der der Pat. erlag. Ein 68 j. Pat. starb 5 Tage p. o. durch H.K.V., ein 79 j. Pat. am 5. Tag an einer Lungenembolie.

Unter 113 app. Pat. gab es 6 komplizierte p. o. Verläufe: 3 Pat. (57, 58 u. 61 J.) zeigten Wundinfektionen (Thp. Spaltung der Abszesse, Drainage), ein Pat. bekam am 12. Tag einen Strangulationsileus (es wurden die Verwachsungen gelöst); 2 Pat. erlagen ihren Komplikationen (s. Tab. 27, Nr. 1 + 2): ein 72 j. Pat. am 4. Tag einem apoplektischen Insult, ein 39 j. und 18 j. Pat. am 2. u. 4. Tag einem zen-

tralen H.K.V. (die Obduktion des 18-jährigen zeigte eine toxische Leberparenchymschädigung sowie ein hochgrad. Lungenödem). Drei von 7 Dünndarmresektionen wegen gutartiger Erkrankungen zeigten p. o. Komplikationen: ein 55 j. Pat. zeigte am 22. Tag eine Wundinfektion, Kl. Aufh. 42 Tage; ein 56 j. Pat., der wegen eines Volvulus in red. Zustand operiert wurde, kam p. o. durch H.K.V. ad exitum (s. Tab. 27, Nr. 3); ein 62 j. Pat. erlag am 2. Tag einem Lungenödem bei Peritonitis und paralytischem Ileus (s. Tab. 27, Nr. 4). Ein 60 j. Pat. starb 2 Tage nach einer Ileotransversostomie, die wegen Darmfisteln und Verwachsungen nach einer Laparatomie wegen diff. Peritonitis angelegt wurde (s. Tab. 27, Nr. 5).

Im selben Jahr unterzogen sich 289 Frauen operativen Eingriffen am Intestinum.

254 wurden wegen gutartiger, 35 wegen bösartiger Erkrankungen operiert. Bei der letzteren Gruppe konnte nur bei 7 Pat. radikal vorgegangen werden: 4 einzeitige Re.-amp. bei Pat. im Alter von 31, 60, 62 und 62 Jahren, eine zweizeitige Re.-amp. bei einer 72 j. Pat., 2 part. Colonresektionen bei einer 53 j. und 40 j. Pat. In 28 Fällen mußte sich der Eingriff auf palliative Maßnahmen beschränken: bei 15 Pat. im D.-A. von 61, 2 J. wurde wegen eines prim. Genital-Ca mit sekund. Rectumstenose und Ileuserscheinungen durch Metastasierung ein künstlicher Darmausgang geschaffen. 6 Pat. mit einem Rectum-Ca (Alter 77, 75, 67, 61, 51, 40 J.) erhielten einen A.praeter 2 Coecalfisteln bei Pat. im Alter von 43 und 67 J. wurden wegen Sigma-Ca angelegt, 3 Ileotransversostomien wegen Colon-Ca wurden bei Pat. im Alter von 59, 70 u. 71 J., eine weitere wegen Magen-Ca-Metastasen bei einer 53 j. Pat. ausgeführt. Eine 59 j. Pat. erhielt wegen eines inop. Colon-Ca eine künstliche Darmfistel.

Einen Überblick über die Operationen wegen bösartiger Tumoren gibt die folgende Zusammenstellung:

	Colon-Ca	Sigma-Ca	Re.-Ca	Genitaltu.
Resektionen	2	-	5	-
künstl. Darmausgang	1	2	6	15
Ileotransversostomie	4*	-	-	-

* eine Pat. wegen Ma-Ca-Metast. im Colon.

Den größten Teil der gutartigen Operationen bildeten die Appendectomien (229 Fälle), 8 Pat. erhielten eine Darmfistel (D.-A. 44, 3 J.), bei weiteren 8 Pat. (D.-A. 45 J.) wurde eine Enteroanastomose angelegt, bei 5 Pat. wurde das Colon übernäht (Alter 31, 34, 39, 45, 48 J.), ein Megacolon wurde bei einer 65 j. Pat. reseziert, 3 Sigma-Resektionen wurden bei Pat. im Alter von 20, 22, 58 J. ausgeführt.

Der p. o. Heilverlauf von 4 einzeitigen Rectumamp. verlief in einem Fall kompliziert: bei der 31 j. Pat. kam es am 13. Tag zur Thrombophlebitis, am 18. Tag zur H.K.-insuffizienz mit ausgeprägten Ödemen. 48 Tg. p. o. trat eine starke Sekretion aus der sakralen Wunde auf, nach 68 Tagen zeigte die Pat. eine Bursitis im li. Ellenbogengelenk sowie ein bullöses Exanthem (p. o. Kl. Aufh. 4 Mon.). Eine 72 j. Pat.,

bei der eine zweizeitige Re.-amp. durchgeführt wurde, bekam nach 13 Tagen eine Thrombophlebitis im linken Unterschenkel, nach 17 Tg. eine Beckenvenenthrombose (Kl. Aufh. 31 Tg.).

Nach einer partiellen Colonresektion wegen Colon-Transversum-Ca kam es bei einer 53 j. Pat. 30 Tage später zur Wundinfektion (Kl. Aufh. 2 Monate).

10 der 15 Pat., die wegen Rectumstenosen bei prim. Genital-Ca palliativ operiert wurden, zeigten einen komplikationsfreien Verlauf. Eine 50 j. Pat. wurde 9 Tg. nach der Enteranastomose morib. bei Beginn H.K.V. entlassen (s. Tab. 28, Nr. 1). 4 weitere Pat. kamen p. o. ad exitum (s. Tab. 28, Nr. 2 - 5): eine 43 j. Pat. p.o., eine 67 j. Pat. am 4. und eine 48 j. Pat. am 5. Tag durch H.K.V.; bei einer 36 j. Pat. traten 7 Tage p. o. starke Tumorblutungen aus der Vagina auf, die Pat. starb am 9. Tag bei hochgrad. Ca-Kachexie und allgem. Resistenzschwäche. Von 6 palliativen Operationen wegen Re-Ca verstarben 3 durch p. o. Kompl. (s. Tab. 28, Nr. 6, 7, 8): eine 61 j. Pat. erlag am 8. Tag ihrer diff. Peritonitis und Bronchopneumonie; bei einer 40 j. Pat. trat nach 37 Tg. komplikationslosem Heilverlauf eine obere Nahtdehiscenz auf, nach 65 Tg. kam es plötzlich zu starken Blutungen aus dem After, denen die Pat. in ihrem stark red. Allgemeinzustand einen Tag später erlag; eine 51 j. Pat. starb am 3. p. o. Tag durch H.K.V. bei allgem. Resistenzverlust. Die beiden Sigma-Ca-Pat. erlagen gleichfalls p. o. Kompl. (s. Tab. 28, Nr. 9 u. 10): eine 43 j. Pat. zeigte 6 Tg. p. o. Beginn H.K.V., am 11. Tag kam sie mit einem Lungenödem ad exitum. Eine 67 j. Pat. verstarb 40 Tage nach dem op. Eingriff bei zunehm. Verfall und Metastasierung. Die 4 Pat. mit Ileotransversostomie überlebten den op. Eingriff ebenfalls nicht (s. Tab. 28, Nr. 11 - 14): eine 71 j. Pat. starb am 11. Tag durch einen linken Hinterwandinfarkt bei ausgeprägter Durchwanderungsperitonitis; 5 Tg. p. o. trat bei einer 70 j. Pat. eine Perforation von Coecum, Colon asc. und transv. auf, sie erlag am 6. Tag der hochgrad. Peritonitis; der ausgedehnten Carcinomatosis erlag am 70. Tag p. o. eine 53 j. Pat. und am 37. Tag eine 39 j. Pat.

Von 229 Appendectomien zeigten 10 p. o. Kompl.: bei 3 Pat. traten Wundinfektionen auf, bei weiteren 3 Wundinfektionen mit zusätzlicher Fistelbildung; eine 28 j. Pat. bei graviditatis mens. V. kam es p.o. zu starken Wehen, es wurde eine Abrasio vorgenommen; eine 16 j. Diabetikerin kam nach der App. ins Coma diabeticum, sie wurde am 2. Tg. verlegt. 2 Pat. verstarben p. o. (s. Tab. 29, Nr. 1, 2): eine 50 j. Pat. am 18. Tag durch eine fulminante Lungenembolie, eine 46 j. Pat. am 10. Tag nach App. und Cholecystectomie durch allgem. Intoxikation bei besteh. Fettleber. Von 8 angelegten Dünndarmfisteln heilten nur 2 ohne Komplikationen. Bei einer 32 j. Pat. kam es am 7. Tg. zur Wunddehiscenz (p. o. Aufh. 40 Tg.). 5 Pat. verstarben p. o. (s. Tab. 29, Nr. 3 - 7): bei einer 59 j. Pat. kam es intra op. zur Perforation des gangränösen Dünndarmes, die Pat. starb p. o.; eine 28 j. Pat. bekam p. o. ein Ileusrezidiv, das eine Relaparatomie notwendig machte, sie starb nach 9 Tagen an allgem. Intoxikation; zum p. o. H.K.V. kam es bei einer 39 j. Pat. mit paralytischem Ileus und Peritonitis nach sectio caesaria; eine 50 j. und 40 j. Pat. starben am 1. und 5. Tag p. o. an H.K.V. 4 von 8 Enteroanastomosen heilten komplikationslos. Bei 2 Pat. im Alter von 74 und 29 J. kam es zu Wundinfektionen. Eine 57 j. Pat. bekam am 17. Tag eine Lungenembolie, die sie überlebte. Eine 55 j. Pat. wurde am 5. p. o. Tag

mit einer Lungenembolie morib. verlegt (s. Tab. 29, Nr. 8). Bei den 5 Colonübernähungen traten in 2 Fällen Komplikationen auf: eine 31 j. Pat. bekam 15 Tage nach dem Entfernen eines Fremdkörpers eine Wundinfektion, eine 48 j. Pat. verstarb p. o. an einer Lungenembolie (s. Tab. 29, Nr. 9). Die Megacolonresektion bei einer 65 j. Pat. endete gleichfalls tödlich: am 9. Tag trat ein akuter Ileus auf, die Pat. starb im Kollaps. Die Obduktion ergab eine insuffiziente Rectum-Colon-Anastomose (s. Tab. 29, Nr. 10).

Im Jahre 1955 unterzogen sich 153 Männer operativen Eingriffen am Intestinum.

123 Operationen wurden wegen gutartiger, 30 wegen bösartiger Erkrankungen ausgeführt. Unter den letzteren handelte es sich in 23 Fällen um Re-Ca; es konnte bei 15 Pat. im D.-A. von 66,2 Jahren radical vorgegangen werden: 8 Pat. wurden in einer Sitzung (D.-A. 62,8 J.), 7 Pat. in 2 Sitzungen reseziert (D.-A. 70,1 J.). 8 palliative Maßnahmen wurden ergriffen: bei 7 Pat. wurde ein A.praeter angelegt (D.-A. 66,3 J.), ein 71 j. Pat. erhielt eine Dünndarmfistel nach Anlage eines A.praeter im Jahre 1951. 4 Colon-Ca wurden entfernt (Alter d. Pat. 45, 51, 63 u. 78 J.). Von 3 Sigma-Ca konnten 2 reseziert werden (A. d. Pat. 61, 80 J.). Eine Coecalfistel wurde angelegt (A. d. Pat. 73 J.).

Unter den gutartigen Indikationen überwogen die Appenditiden (118 F.). Bei 4 Pat. im Alter von 15, 41, 62, 63 J. wurde eine partielle Darmresektion ausgeführt, bei einem 14 j. Knaben ein Meckel'sches Div. entfernt.

Von 8 einzeitigen Re-amp. zeigten 7 p. o. Kompl.: ein 46 j. Pat. bekam nach 8 Tagen eine abd. und sakrale Wundinfektion mit starker Sekretion (p. o. Aufh. 4 1/2 Monate); bei einem 64 j. Pat. trat 4 Tage nach dem Eingriff häufiges anhaltendes Erbrechen auf (Thp. Duodenalsonde, p. o. Aufh. 35 Tg.); ein 72 j. Diabetiker kollabierte beim 1. Aufstehen am 17. Tag, am 23. Tag hatte sich eine Cystitis manifestiert, vom 62. p. o. Tag an litt er unter anhaltendem Singultus (Kl.-Aufh. 3 1/2 Mon.). 4 weitere Kompl. nahmen tödlichen Verlauf (s. Tab. 30, Nr. 1 - 4): 2 Pat. starben durch H.K.V., ein 72 j. Pat. 2 Tg. und ein 76 j. 50 Tg. p. o.; bei einem 51 j. Pat. wurde nach 3 Tagen eine Dünndarmfistel wegen eines paralytischen Ileus angelegt, der Pat. starb am 5. Tag mit ausgeprägter Peritonitis fibrosa; ein 65 j. Pat. kam 8 Tg. p. o. durch eine Lungenembolie ad exitum. Bei den zweizeitig ausgeführten Re-amp. zeigten 6 von den 7 Pat. p. o. Kompl.: 2 Pat. bekamen Wundinfektionen, ein 68 j. nach 8 Tagen im sakralen Wundbereich mit Narbendehiszenz und nach 21 Tg. eine Fistel in der abd. Wunde (Kl.Aufh. 75 Tg.); ein 76 j. Pat. 16 Tage nach der 1. Sitzung eine abd. Narbendehiszenz im unteren Wundpol (Kl.Aufh. 3 Mon.). Auch hier endeten 4 Kompl. tödlich (s. Tab. 30, Nr. 5 - 8): 2 Pat. starben durch H.K.V., ein 72 j. am 9. Tag und ein 74 j. Pat. am 7. Tag p. o.; 2 Pat. erlagen p. o. Lungenkompl.: ein 70 j. am 15. Tag einer Pneumonie nachdem am 7. Tag eine Enteroanastomose wegen einer Nahtinsuff. notwendig wurde und ein 67 j. Pat. 3 Tage p. o. einer Bronchopneumonie.

Unter den 8 palliativen Maßnahmen wegen Re-Ca zeigten 3 p. o. Kompl.: sie nahmen tödlichen Verlauf (s. Tab. 30, Nr. 9 - 11): 2 Pat. verstarben durch akutes H.K.V., ein 70 j. am 1. Tag, ein 71 j. Pat.p.o.;

bei einem 72 j. trat 5 Tg. p. o. ein Ileus auf, in der Narkose zur Relaparatomie kam es zu plötzlichem Erbrechen, das ad exitum führte.

Von 4 Colon-Ca-Resektionen war nur der p. o. Verlauf eines 78 j. Pat. komplikationslos. Die übrigen 3 Pat. erlagen ihren Kompl. (s. Tab. 31, Nr. 1 - 3): 2 zeigten am 4. Tag einen Ileus (Thp. konservativ); der 63 j. Pat. starb am 5. Tag bei Atonie von Magen und Dünndarm sowie gleichzeit. Leberschädigung, der 51 j. Pat. am 9. Tag durch eine Peritonitis bei insuff. Anastomose. Ein 45 j. Pat. bekam am 6. Tag eine Pneumonie, am 20. Tag einen Ileus (Thp. konservativ) und eine Wundinfektion, 53 Tg. p. o. starb er an einem hochgrad. Lungenödem.

Die 3 op. Eingriffe wegen Sigma-Ca nahmen gleichfalls tödlichen Verlauf (s. Tab. 31, Nr. 4 - 6): ein 80 j. Pat. starb 6 Tage nach der Tumorresektion durch H.K.V. Ein 61 j. Pat. zeigte 10 Tage nach der Resektion eine Wundinfektion und nach 30 Tagen einen Lungenerguß, er wurde nach 50 Tagen entlassen. 7 Monate später erfolgte die Wiederaufnahme mit stark sezernierender Fistel, aus der sich reichlich Stuhl entleerte. Einen Tag nach dem Fistelverschluß starb der Pat. an einem Lungenödem. Ein 73 j. Pat. bekam 6 Tg. nach Anlage einer Coecalfistel ein Wundserom (Thp. Spreizung), nach 17 Tagen einen pleuritischen Erguß und nach 19 Tagen eine beginnende Peritonitis, welcher der Pat. am 23. p. o. Tag erlag.

Von 118 Appendectomien zeigten 5 p. o. Kompl.: in 2 Fällen handelte es sich um Wundinfektionen (Alter der Pat. 63, 54 J.). Ein 30 j. Pat. äußerte länger anhaltende, unklare Beschwerden im Op. Gebiet, die am 40. Tag zur Probatoria veranlaßten (o.B.); p.o.Aufh. 57 Tg. Zwei Appendectomien nahmen tödlichen Verlauf (s. Tab. 32): 7 Tage p. o. kam es bei einem 25 j. Pat. zum paralytischen Ileus, es wurde eine Relaparatomie mit Absaugen der stark geblähnten Dünndarmschlingen vorgenommen; der Pat. starb am darauffolgenden Tag durch H.K.V. Ein 53 j. Pat. wurde 6 Tage nach der Appendectomie wegen eines Strangulationsileus relaparatomiert, auch er kam am darauffolgenden Tag durch H.K.V. ad exitum. Der p. o. Verlauf wurde bei 2 von 4 Pat. nach partieller Darmresektion kompliziert. Ein 62 j. Pat. zeigte nach der Resektion eines Dünndarmkonvolutes wegen eines Ileus am 1. Tag p. o. eine Magenatonie, am nächsten Tag einen Platzbauch, der eine Wundrevision notwendig machte (p. o. Aufh. 28 Tg.). Ein 63 j. Pat. bekam 13 Tage nach einer Colonresektion, der wegen des reduzierten Zustandes des Pat. die Anlage einer Colonfistel vorausgegangen war, (wegen eines Ileus), im unteren Ileum ein Ileusrezidiv, das zur Relaparatomie Veranlassung gab. Am 43. Tag wurde die Colonfistel verschlossen; p. o. Aufh. 63 Tage.

Im selben Jahr wurden 283 Frauen am Intestinum operiert.

235 Operationen erfolgten aufgrund gutartiger, 48 aufgrund bösartiger Erkrankungen. Bei den letzteren wurde in 19 Fällen radikal operiert; hier handelte es sich um 7 einzeitige Re-amp. (Alter d. Pat. 67, 63, 62, 54, 53, 52, 49 J.), 2 zweizeitige Re-amp. (Alter der Pat. 57, 54 J.), 5 Sigma-Resektionen (Alter der Pat. 68, 64, 52, 49, 49 J.), 3 Dünndarmresektionen (Alter der Pat. 64, 52, 42 J.), eine Colon asc.-resektion bei einer 74 j. Pat., ein Coecumfistelverschluß nach früherer Colon-desc.-res. bei einer 67 j. Pat. Bei

29 Pat. beschränkte sich der op. Eingriff auf Palliativmaßnahmen: bei 24 Pat. im D.-A. von 51,9 J. wurde wegen prim. Genital-Ca mit Metastasierung ins Rectum ein künstlicher Darmausgang geschaffen; 5 Pat. im Alter von 79, 59, 58, 58, 53 J. erhielten einen künstlichen Darmausgang wegen Rectum-Ca.

Von 235 Operationen wegen benigner Erkrankungen waren 226 Appendectomien. Bei 4 Pat. (Alter 36, 48, 52, 81 J.) wurde eine Dünndarmfistel angelegt. Eine 62 j. Pat. erhielt eine Enteroanastomose. Wegen eines Ileus wurde bei einer 44 j. Pat. der Dünndarm eröffnet und abgesaugt. Eine Sigma-Res. bei einer 22 j., eine Colonres. bei einer 33 j. Pat. wurden ausgeführt. Ein Rectumpolyp bei einer 63 j. Pat. wurde exstirpiert.

Von 7 einzeitigen Re.-amp. zeigten 3 Kompl.: bei einer 53 j. Pat. trat 7 Tage p. o. eine Parotitis li auf (Thp. Bestrahlung, Kl.-Aufh. 42 Tg.); eine 52 j. Pat. wurde am 9. Tag morib. verlegt (s. Tab. 33, Nr. 1); eine 67 j. Pat. erlag 24 Tage p. o. ihrem chronischen H.K.V. (s. Tab. 33, Nr. 2). Beide in 2 Sitzungen durchgeführten Re.-amp. hatten einen komplizierten Heilverlauf: eine 54 j. Pat. bekam nach 23 Tagen eine Gastroenteritis, nach 50 Tagen eine Cystitis (Kl.-Aufh. 3 Mon.); eine 57 j. Pat. zeigte am 9. p. o. Tag eine Wunddehiszenz, am 11. Tag wurde sie somnolent mit beginn. H.K.V. verlegt (s. Tab. 33, Nr. 3).

Bei allen 4 Sigmares. traten Kompl. auf: 20 Tg. p.o. kam es bei einer 52 j. Pat. zur Perforation einer Cholecystitis (Thp. Cholecystomie, Kl.-Aufh. 40 Tg.); 2 p.o. Wundinfektionen traten auf, bei einer 68 j. Pat. kam es zusätzlich am 30. Tag zum linksseitigen Lungenerguß und zu einer Cystitis (p. o. Aufh. 43 Tg.), bei einer 49 j. Pat. trat außerdem am 28. Tag ein Icterus auf (p. o. Aufh. 3 1/2 Monate); 20 Tg. nach der Tumores. bekam eine 64 j. Pat. einen Ileus (p. o. Aufh. 34 Tg.); eine 49 j. Pat. wurde am 3. Tag nach der Sigmares. und gleichzeitig. Uterus-Adnex-Exstirpation mit einer Bronchopneumonie morib. verlegt (s. Tab. 33, Nr. 4).

Der p. o. Verlauf der 3 Dünndarmresezierten verlief tödlich (s. Tab. 33, Nr. 5 - 7): eine 42 j. Pat. starb 6 Tg. nach Resektion eines Dünndarmtumors durch H.K.V.; bei einer 52 j. Pat. hatte sich 5 Tg. nach partieller Dünndarmres. wegen metastasierendem Ovarial-Ca eine Unterlappenpneumonie manifestiert, sie erlag am 11. Tag einem Lungenödem und einer Peritonitis. Eine 64 j. Pat. kam 90 Tage nach part. Ileum-Res. wegen eines metastasierenden Genitaltumors ad exitum; ab 46. Tag zeigte sie eine Tumoranämie von 55 % Hb nach Sahli sowie einen deutlichen progredienten Verfall.

Die Resektion des Colon-asc. bei einer 74 j. Pat. verlief gleichfalls tödlich. Die Pat. starb am 5. Tag durch eine Pneumonie (s. Tab. 33, Nr. 8). Der Verschuß einer Coecalfistel nach Resektion eines Colon-desc.-Ca bei einer 67 j. Pat. nahm ähnlichen Verlauf: am 39. Tag bekam die Pat. eine Bronchopneumonie, am 59. Tag eine Wunddehiszenz. Aufgrund zunehmender Metastasierung wurde 4 Tg. später wegen einer Pylorusstenose eine G.E. angelegt; die Pat. kam am 79. Tag durch eine massive Bronchopneumonie ad exitum (s. Tab. 33, Nr. 9).

Von den 24 Pat., die wegen Metastasen prim. Genitaltumoren eine Darmfistel erhielten, zeigten 8 Kompl.; sie verliefen alle tödlich (s. Tab. 33, Nr. 10 - 17): 5 Pat. erlagen p. o. H.K.V. zwischen

dem 1. und 17. Tag; eine 68 j. Pat. bekam 4 Tage p. o. einen Ileus, an dem sie einen Tg. später starb; 2 weitere Pat. kamen an ihrer progredienten Carcinosis ad exitum, eine 49 j. Pat. am 60. und eine 58 j. Pat. am 105. Tag. Der p. o. Verlauf von 5 palliativen Operationen wegen Re-Ca war bei 3 Pat. kompliziert (s. Tab. 33, Nr. 18-20): 2 Pat. wurden morib. verlegt, eine 59 j. Pat. am 2. Tag nach Anlage eines A. praeter mit zunehmendem H.K.V. und eine 79 j. Pat. am 25. Tag mit thp.-resistenter ascendierender Pyelonephritis und progredientem Verfall. Eine 58 j. Pat. zeigte 8 Tage nach Anlage einer Dünndarmfistel wegen abd. Metastasen eines rezidivierenden Re-Ca toxisches Erbrechen, vom 30. Tage an trat zunehmende H.K.-schwäche auf, der die Pat. am 34. Tag erlag.

Von 226 Appendectomien zeigten 14 einen p. o. komplizierten Verlauf: bei 9 Pat. wurde der normale Kl.Aufh. durch Wundinfektionen und Narbendehiszenzen verlängert; eine 19 j. Pat. bekam am 11. Tag eine bds. Thrombophlebitis saphenae magnae (p. o. Aufh. 23 Tg.). 4 Kompl. nahmen tödlichen Verlauf (s. Tab. 34, Nr. 1 - 4): eine 53 j. Pat. mit App. perf. bekam am 4. Tag p. o. einen re Lungeninfarkt, der zu einer Infarktpneumonie führte. Beim 1. Aufstehen am 18. Tag trat eine tödliche Lungenembolie auf. Eine 81 j. Diabetikerin mit App. perf. und Peritonitis zeigte am 5. p. o. Tag eine Pneumonie, am 6. Tag kam sie durch ein Lungenödem ad exitum. Eine 75 j. Pat. mit phlegmonöser App. starb am 19. Tag nach einer Apoplexie. Bei einer 73 j. Pat. mit App. perf. und Peritonitis kam es am 7. Tag zur tödlichen pulmo-cardialen Insuffizienz. Komplizierte p. o. Verläufe gab es bei 2 von 3 Pat. mit angelegter Dünndarmfistel (s. Tab. 34, Nr. 5 u. 6): bei einer 48 j. Pat. mit Dünndarmileus und Peritonitis trat p. o. ein Ileusrezidiv auf, dem die Pat. erlag; eine 81 j. Pat. mit Dünndarmileus zeigte 6 Tg. p. o. eine Wundinfektion mit Dehiscenz, am 7. Tag war es zur Insuffizienz der Fistel gekommen. Die Pat. starb am 14. Tag an den Folgen der Peritonitis. Bei 2 Pat. mit Colitis ulcerosa traten p. o. Komplikationen auf (s. Tab. 34, Nr. 7 u. 8): eine 52 j. Pat. erhielt zunächst eine Dünndarmfistel, 5 Tg. nach der am 28. Tag vorgenommenen Colonres. wurde die Pat. morib. verlegt; eine 33 j. Pat. starb einen Tag nach Colonres. und Anlage einer Darmfistel unter den klinischen Zeichen des H.K.V.



T a b e l l e n
über die postoperativen Komplikationen
nach Darm-Operationen



Tabelle 24 ♀ tödlicher Verlauf nach Palliativop. wegen mal. Genital- u. Darmtumoren

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop.Bi.operat.Eingriff	<u>P o s t o p e r a t i v</u>			Ig.d. Obduktions- exit. Befund
							Tag	Komplikation	Therapie	
1953	1	H.J.	52	Collum-Ca Rectovagi- nalfistel	red. Hb.56 E.2,54	L.20.000	A. praeter	7. zunehm. Carcinomatosis anästhesie	Peridural- 19.	konfluerende Bronchopneum. hochgrad.Cysti- tis,Hydrone- phrose
1953	2	R.A.	62	Collum-Ca Re-stenose	red. - -	A. praeter	4 1/2 Mon.	30. zunehm.Metast. Kachexie Fluor Lungenembolie	Transfus. Symptom.Ther. 4 1/2 Mon.	Zerfall.Collum- Ca,Lu.-embolie Lu.-emphysem
1953	3	B.H.	53	Uterus-Sar-red. kom,Re-ste- nose	red. - -	A. praeter	1. akutes HKV	Infus. HKTh	2. diff.fibr peritonitis	
1953	4	S.F.	39	Uterus-Ca Re-stenose	red. Hb.67 E.3,12	A. praeter	4. bds.Pneumonie Pyometra	Antibiot. HKTh	5.	
1953	5	P.K.	54	Uterus-Ov.-red. Ca,Re-ste- nose	red. - -	A. praeter	5. beginn.Verfall symptomat.	13. diff.Perito- nealcarcin. chron.Perito- nitis,Hydro- nephrose		
1953	6	E.M.	47	Re-Ca,Peri- tonealcardi- nosis	red.L.9.600 Hb. 60 E.3,24 BKS 36/81	A. praeter	6. Thrombophlebi- tis re U.schen-Venae-sectio kel	Transfus.		
1953	7	S.J.	66	Ileus bei Sigmoid-Ca	red. -	Coecumfistel	8. Anämie 49 mg% 14. diff.Peritonitis	2. Interus, Arrhythmie	16.	Lungenödem, Peritonitis
1953	8	St.M.	61	Ileus bei Colon-Ca	red. -	Coecumfistel	21. akutes HKV	HKTh	21. diff.Perito- nitis,Lu-ödem	bds,Lu-ödem Bronchopneu- monie
1953	9	K.A.	62	Carcinoma- tois peri- toneal (Ma-Ca-Res. nach B.II) Colonstenose	red. Hb 70 E.3,67	Coecumfistel	5.- progressiente Stenosierung	17.	Witzelfistel 20.	

Tabelle 25

2 Komplikationen nach Appendectomie u. anderer gutart. Darmerkrankungen

P o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd. Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z. präop. Bil. operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg. d. Obduktions- exit. befund
Bild									
1953	1	St. T.	67	App. acuta red. bei Cholelithiasis	-	Appendectomie	1. HKV	Infus. konservat.	1. paralyt. Ileus, hochgrad. Mistrastenoze Stauungslunge, Lungenödem, pneum. Infiltrate
1953	2	G. A.	66	App. perf. red. bds. Pneumonie, Peritonitis gen.	-	Appendectomie	p. gen. sepsis op.	Infus. p. op.	
1953	3	H. J.	32	App. perf. red. peritonitis, perityphl. Abszess	-	Appendectomie	1. gen. sepsis HKV	konservat. 1.	
1953	4	O. M.	54	Steißbein- aus- nach Steiß- beinres. wegen Tbc.	-	part. Rectum- resektion	2. HKV	Infus. HKTh 3.	Thromb. a. pulm. sin. Tbc d. Lunge, tox. Leberschädigung
1953	5	B. Th.	24	Colitis red. ulcerosa	-	totale Colectomie	6. Unterlappen- pneumonie 7. Kammerflimmern	HKTh Transfus. 7. Infus.	
1953	6	L. H.	39	spontane red. Dünn darmfist. nach Hysterectomie wegen Myomatosis	L. 9. 100 Hb 72, E. 3.6	Fistelverschluss, 10. Ileotransversostomie, Sigmafistel	10. Peritonitis beginn. HK-Ver- sagen	konservativ 16 hochgrad. putride Peritonitis, Herz- atrophie	

o^r tödlicher Verlauf nach Operationen wegen gutartiger intestinaler Erkrankungen

Jahr	Ifd. Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop. Bl. bild	operat. Eingriff	<u>P o s t o p e r a t i v</u>		Tg. d. Obduktions- ext. befund
								Tag	Komplikation	Therapie
1954	1	G.E.	72	App. acuta red.	-	-	Appendectomy	4.	Pneumonie, apo-plekt. insult	Supra-cillin 4.
1954	2	H.W.	18	App. perf. red. Peritonitis	-	-	Appendectomy	4.	paral. Ileus H.K.V.	Prostigmin 6. Antibiotica HKTh; Blut tox. Leberparenchymschaden, hochgrad. Lu-Ödem
1954	3	N.A.	56	Volvulus red. bei: Herz-leistuff., Diab. Icterus, pankreatische, Cholecystitis	-	-	partielle Dünn-darmresektion	P. akutes HKV op.	Infus. HKTh p. op.	lokale Peritonitis
1954	4	Sch.J.	62	Endangitis red. obl. obdom. Darmgangrän	-	-	partielle Dünn-darmresektion	2. H.K.V.	Infus. HKTh 2.	Peritonitis paral. Ileus Lungendäm
1954	5	W.J.	60	Platzbauch nach Laparotomie wegen diff. Peritonitis vor 1 Mon. Darmfistel, Adhäsionen	L. 18100 anämisch	Fistelverschluss- Ileotransversostomie	2. Lungendäm	Infus. HKTh 2.		

Jahr	Ifd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop.Bl. operat. Eingriff	p o s t o p e r a t i v			Tg.d.Obduktions- exit.befund
							Tag	Komplikation	Therapie	
1954	1	F.M.	50	Ileus bei red. Uterus-Ca	-	-	Resektion eines Dünndarmabschnitt- tes, Seit-zu-Seit- anastasen	7. Thrombophlebi- tis d.li Unter- schenkel	Transfus.	9. moribund
1954	2	St.M.	43	Ileus bei morib. genit.Ca Peritonitis, Spontanperf.	-	-	Verlagerung der perf.Dünndarm- schlinge z.A.praeter op.		HKTh	p.op.
1954	3	B.F.	67	Ileus bei red. Uterus-Ca	L.18.200 BKS119/134	Anus praeter	4. HKV		Infus.HKTh	4. hochgrad.Corp- narsklerose, Stauungscirrhose
1954	4	W.Z.	48	Ileus bei red. Ovarial-Ca	-	Anus praeter	3. Erbrechen 4. HKV, Ileus		Prostigmin HKTh	5.
1954	5	St.M.	36	Ileus bei red. Uterus-Ca	-	Anus praeter	7. starke Blutg. des Tumors		Tamponade der Vagina Transfus.	9. Pyelonephritis, Ca-Kach.
1954	6	B.M.	61	Rectum-Ca red.	L.8.200	Anus praeter	3. Bronchopneum. 6. Subileus		Infus.HKTh	8. diff.Peritonitis Ascites, Katarh. Bronchitis
1954	7	W.A.	40	Re-Ca red.	L.12800	Anus praeter	37. Subileus obere Nahtdehiazenz, 65. et. Blutg.aus After		Subileus obere Transfus. HKTh, Hämostyptica	66.
1954	8	A.R.	51	Ileus nach red. Re-amp.we- gen Ca (1949)	-	Dünndarmfistel	Leukocytose 42.400 Resistenzver- lust		Infus.HKTh	3.
1954	9	W.S.	43	Ileus bei red. Sigma-Ca	L.8.400 Hb 65, E.4.05	Coecalfistel	6. Hyperthermie 40°C		Infus.Künetl. winterschlaf farke	11. Lungenödem Zahn'sche In-
1954	10	W.E.	67	Ileus bei red. Sigma-Ca, nach Tumor- res.(1951)	-	Coecalfistel	20. unstillbares Erbrechen		Aminosol	40. nekrot.Colon- schleimhaut, Lungenmetastasen Schrumpfniere

P o s t o p e r a t i v

Jahr	Jfd.	Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop. Bl.	operat.	Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg.d.	exlt.	Defund
1954	11	B.V.	71		Colonasc.-gut Ca, Diabetes		-	Ileotransver- sostomie		6.	paralyt. Ileus 10. Durchwanderungs- peritonitis	Prostigmin HKTh	11.		frischer 11 Hinterwand- infarkt, Peritonitis
1954	12	K.Th.	70		Colon-Ca	red.	-	Ileotransver- sostomie		5.	plötzl. HKV	Infus. HKTh	6.		hochgrad. Peri- tonitis bei perf. v. Coec., Col. asc. u. transv. hoch- grad. Athero- sklerose
1954	13	L.C.	53		Ileus bei gut Ma-Ca- Metastasen		-	Ileotransver- sostomie		2c.	Erbrechen (Ver- wachsung des Duodenums) multiple Faden- eiterungen, Per- foration des Ca durch Bauchwand	6. G.F., Braun'sche Anast. Infus. HKTh	70.		Hypostase bd. Lungen, gering. Lungendödem
1954	14	W.M.	59		Col.-asc.- Ca Diabetes	red.	-	Ileotransver- sostomie		7.	Fasciennekrose 25. Lymphknotenme- tastase über d. Clavicula	Revision Bestrahlung	37.		Ca-Metastase i. Cor. li Nierenbecken u. a.
										33.	Ascites				

♀ tödlicher Verlauf nach Operationen wegen gutartiger Intestinalerkrankungen

Jahr	lfd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A.Z.	präop.Bl.operat. Eingriff	Postoperativ		Obduktions- exit, Befund
1954	1	K.A.	50	App.acuta	sehr gut	L.14,500 Appendectomie	6. Bronchopneum. Transpulmin		
1954	2	N.J.	46	App.bei Colitis et Cholecystitis	red.	- Appendectomie Cholecystectomie	16. Embolie im re Heparin, Unterschenkel Hirudoid-salbe		
1954	3	R.K.	59	Dünndarm-ileus	red.	- Dünndarmfistel	18. fulminante Lungenembolie		18.
1954	4	M.M.	28	paralyt. Dünndarm-ileus nach Totgeburt	red.	- Dünndarmfistel	1. Temp.40,2°C, konserv.; Tachypnoe, Dyspnoe		10. cyst.Chole-dochusadenom, Fettleber
1954	5	R.C.	39	paralyt. Ileus, Peritonitis, Zust.n, sectio caes.	red.	- Dünndarmfistel	p. i.op.Perf.d. op. gangränösen Darmwand, HKV		p.op.
1954	6	M.G.	40	Strangulationsileus nach App.u. Pelveoperi-tonitis	red.	- Vorlagerung der Dünndarmschlinge, nach 14 Tg.Abtragung mit Cauter	1. Ileus	Relaparotomie, Pro-stigmin, Transfus. Infus.	9. allgem.Intoxi-kation, Perito-nitis, Atonie von Darm, Blase, Uterus, Venen-thromb.; Leber, Niere
1954	7	F.A.	59	Ileus nach red. Sigmare. (1953)	red.	- Coecalfistel	p. HKV op.	Infus.HKTh	p.op.
1954	8	M.J.	55	Ileus bei Tbc des Colon transv.	red.8KS 24/52	Ileotransversostomie	1. Ileus HKV	Infus.HKTh, 5. Penic.	5. Arteriosklerose Mitralendocardi-tis; Lungen-Emphysem, diff. Peritonitis; Atonie des Jejunum
1954	9	R.E.	48	paralyt. Ileus Peritonitis	red.	- Transversumpunkt. Übernähung	5. Lungenembolie HKTh	HKTh	1. kleinflackige Myocardverfettg. Peritonitis
1954	10	B.F.	65	Megacolon ausreichend.	ausreich.	- Mega-Colonres.	p. Lungenembolie HKTh op.	5. moribund	
							9. akuter Ileus, Kollaps	9. Insuff.der Re-Colonastomose	

D O S T O P E R A T I V

Jahr 1. d. Mr. Name Alter Diagnose A.Z. präop. 81. Operat. Eingriff Tag Komplikation Therapie Tag. d. Obduktions-
bild bxt. Befund

Resektionen

1955	1	P.K.	72	Re-Ca	red.	-	einzeitige Re-amp.	2. HKV	Infus. HKTh	2.	
1955	2	O.J.	66	Re-Ca	gut	L. 8. 800	einzeitig. Re-amp.	8. Cystitis, bds. Transfus. Pneumitis, zu-	Infus.		
1955	3	Pf.F.	51	Re-Ca	gut	L. 10. 500	einzeitig. Re-amp.	3. paralyt. Ileus 45. nehm. HKV	Dünndarm- fistel Infus. HKTh	50. 5.	Peritonitis fibrosa
1955	4	A.J.	65	Re-Ca	red.	L. 11. 200	einzeitig. Re-amp.	5. HKV 8. Lungenembolie	Transfus.	8.	Embolie d. a. pulm., konflu- ierende bron- chopneumon. Herd
1955	5	Sch.J.	72	Re-Ca	aus- reich.	L. 17. 400	zweizeitig. Re-amp.	9. HKV	HKTh	9.	
1955	6	B.M.	74	Re-Ca	red.	L. 10. 700 BKS-23/48	zweizeitig. Re-amp.	2. zunehm. HKV	Infus. HKTh	7.	
1955	7	W.M.	70	Re-Ca	aus- reich.	-	zweizeitig. Re-amp.	2. Bronchopneum. Cystitis 7. Ileus, Wahn- insuff.	Relap. Entero- anastom. Transfus. Infus.	15.	
1955	8	Pf.K.	67	Re-Ca	aus- reich.	-	zweizeitig. Re-amp.	2. Bronchopneum.	HKTh, Infus.	3.	
1955	9	S.M.	70	Re-Ca	gut	L. 9. 800 BKS 18/38	<u>palliativ</u> Anus praeter	1. akutes HKV	Infus. HKTh	1.	
1955	10	S.M.	71	paralyt. aus- reich. Peritonitis Zust. nach Re-Ca	Dünndarmfistel	op.	P. HKV	Infus. HKTh	P. op.		
1955	11	B.R.	72	Re-Ca	aus- reich.	-	Anus praeter	5. Ileus, Lungenamphysem während der Einleitung der Narkose zur Relaparot. plötzliches Erbrechen → ad exitum		5.	starke Atonie u. Blähung des gesamt. Dün- ndarmes; Lungen- ödem

p o s t o p e r a t i v

Jahr	lfd. Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop. Bl. bild	operat. Eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg. d. Obduktions- ext. befund
Resektionen											
1955	1	F.R.	63	Colon-transv.-Ca	red.	Hb 63, E. 4,3	Tumorresektion, End-zu-Endanastomose	4.	Ileus, Magen-atonie	Infus. HKTh	5. Ekstase, Atonie v. Magen u. Dünndarm, Leberverfettg
1955	2	H.J.	51	Colon-asc.-Ca	ausreich.	BKS 15/40	Tumores., Seit-zu-Seit-Anastomose, Coecumfistel	4.	paralyt. Ileus	Transfus., Prostigmin, HKTh	9. Peritonitis bei insuff. Anastomose
1955	3	G.M.	45	Colon-asc. Ca	red.	-	Ileotransversostomie	6.	Pneumonie	Transfus. HKTh	53. Aspirationspneumonie, hochgrad. Lungenödem, Hirn-Nephrose
1955	4	H.E.	80	Sigma-Ca	gut	BKS 18/42	Tumorresektion; Transversumfistel	4.	zunehmend. HKV	Transfus. Infus. HKTh	6.
1955	5	L.O.	61	Sigma-Ca	red.	L. 8.000 BKS 21/51	Tumorresektion; Transversumfistel	10.	Wundinfektion	Antibiotica	p. op. Aufh. 50 Tg.
							Wiederaufnahme nach 7 Mon. wegen stark sezernierender Fistel	30.	Lungenabszess	HKTh	
								2.	Fistelverschluss	1. Lungenödem	1.
palliativ											
1955	6	E.J.	73	Sigma-Ca m. Ileus	ausreich. adipös	L. 17.600	Coecalfistel	6.	Wundserom Erguß	Spreizung Antibiotica H.K.Th. Infus.	23.
								19.	beginn. Peritonitis, Verfall d. Pat.		

Jahr	Ifd.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	pröp.	81.operat.	Eingriff	p o s t o p e r a t i v			
									Tag	Komplikation	Therapie	Ig.d. Obduktions- exit. befund
Resektionen												
1955	1	Sch. K.	52	Re-Ca	aus- reich.	-	einzeitg.	Re-amp.	6. diff. Nach- blutung sacral			
1955	2	L. M.	67	Re-Ca	red.	L. 8.300 BKS 63/100	einzeitg.	Re-amp.	7. Parotitis re			9. morib.
									9. Dekubitus	Transfus.	23. Mitralaegel- fibrose, ver- quollene Aortenklappen, Pneumonie	
1955	3	W. Th.	57	Re-Ca	aus- reich.	-	zweizeitg.	Re-amp.	23. chron. HKV	Transfus.		
1955	4	R. M.	49	Sigma-Ca aus- (Metast.) reich.	aus- reich.	L. 8.200	Sigmaresektion Uterus-adnex- exstirp		6. sacral. Wund- nekrose	Transfus.		
1955	5	J. M.	42	Krukenberg- Tumor des Dünndarmes	red.	L. 14.700	Enterostomose, Dünndarmfistel		9. Wunddehiscenz	Infus.	11. morib.	
1955	6	H. A.	52	Ovarial-Ca red.	red.	L. 13700 BKS 112/122	Ovarectomie, Subileus		11. Somnolenz, HKV	HKTh		
1955	7	B. D.	64	metast. Genital- tumor, Dünndarm- ileus	red.	L. 10500 BKS 54/104	Ileumteilresektion end-zu-Seit-Anast.		3. Bronchopneum.	Infus. HKTh	3. morib.	
									5. re Unterlappen- pneumonie	HKTh	11. Lungenödem, Peritonitis	
									16. Subileus Metastasen	Prostigmin HKTh		
									46. Tumoranämie Hb 55%	Transfus.	90.	
									Tumorzerfall, Verfall d. Pat.			
1955	8	Sch. K.	74	Colon.asc.-red. Ca	red.	Hb 69, E. 3,92 BKS 60/100	Colon-Asc.-res.		4. Pneumonia	Infus. HKTh	5.	
1955	9	Sch. D.	67	Cöcum- fistel nach Resekt. eines Desc.-Ca	red.	Hb 61, E. 3,86	Cöcumfistelver- schluss		8. Stuhlfistel			
									39. Bronchopneum.	HKTh		
									59. Wunddehiscenz, 63. Pylorusstenose G.E. (Metast.)		79	mass. Bron- chopneumonia

P o s t o p e r a t i v

Jahr	Jfd.	Mr.	Name	Alter	Diagnose	A. Z.	präop. Bl. bild	operat.	eingriff	Tag	Komplikation	Therapie	Tg. d. Obduktions- exit. befund
palliativ													
1955	10	O.M.	68	Ovarial-Ca, red.	BKS 58/96	Dünndarmfistel				10.	Wundinfektion.	Infus. HKTh	17.
				Ileus						14.	st. Exciseose	HKV	
1955	11	L.E.	62	Ovarial-Ca, red.	-	Dünndarmfistel				1.	HKV	HKTh	1.
				Ileus									
1955	12	K.E.	41	Uterus-Ca, red.	-	Dünndarmfistel				10.	Somnolenz, beginn. HKV	HKTh	
				Ileus									
1955	13	S.E.	46	Colium-Ca, red.	L. 9.600 Hb 56, E. 3.06	Dünndarmfistel				9.	motor. Unruhe, (Hirnmastaseen), HKTh	Infus.	19.
				Ileus							HKV		
1955	14	G.H.	47	Ovarial-Ca, red.	-	Dünndarmfistel				P.	HK-Kollaps	HKTh	P.op. peritonitis carcinoma- tosa
				Ileus						op.			
1955	15	W.E.	68	Uterus-Ca, red.	-	Anus praeter				4.	Ileus, Somnolenz	Prostigmia,	5.
				Ileus						5.	HKTh, Intoxikation	HKTh	
1955	16	S.Th.	49	Colium-Ca, red.	L. 14000	Anus praeter				2.	Thrombophlebitis,	Infus.	
				Ileus						12.	bds. Unterlappen- pneumonie		
										42.	Ökubitus, Verfall	HKTh	60.
1955	17	V.Th.	58	Ovarial-Ca, red.	Hb 59, E. 3,18	Anus praeter				30.	almährl. Ca-Intoxik.	HKTh, symptomat.	105.
				Ileus									
1955	18	S.H.	59	Re-Ca, Ileum red.	Hb 55, E. 2.77	Anus praeter				1.	HKV	Infus. HKTh	2. morib.
1955	19	B.M.	79	Re-Ca red.	L. 13500 Hb 57, E. 2.71	Anus praeter				4.	Bronchopneum.	Transfus.	25. morib.
										20.	ascend. Pyelo- nephritis	HKTh	
1955	20	F.F.	58	interabdom. red. Hb 60, Metast. nach Re-Ca (Quenue)	E. 3,37	Dünndarmfistel				8.	tox. Erbrechen,	Infus.	
										30.	Atonie	HKTh	34.
											HK-schwäche		

Tabelle 34 Q tödlicher Verlauf nach Operationen wegen gutartiger Intestinalerkrankungen

Jahr	Ird.Nr.	Name	Alter	Diagnose	A. 7. Präop.Bl. operat. Eingriff	Tag	P o s t o p e r a t i v		Tg.d. Obduktions- exit. befund
							Komplikation	Therapie	
1955	1	B.M.	53	App.perf. gut	-	4.	Appendectomie	4. re Lungeninfarkt pulmo- infarktneum. cardiale beim 1. Aufste- hen akute Lungen- embolie	18.
1955	2	K.M.	81	App.perf. red. U.5.500 Peritonitis, adi- Diab.mell. pös	-	5. 6.	Appendectomie	5. Pneumonie 6. Lungenödem	Insulin, HKTh 6.
1955	3	W.M.	75	App.phlegm. gut	-	9.	Appendectomie	9. spont. Entleerung konser- eines Hämatoms vativ am unteren Wund- winkel	
						16.		16. Narbenmitte: De- hiszenz	
						17.		17. re-seitige Pneumonie, 18./ Cyanose,	
						19.		19. Apoplexie	19.
1955	4	W.D.	73	App.perf. red. Peritonitis	-	5.	Appendectomie	5. Temp.-anstieg, kon- labiler Kreislauf ser- bus. Pleuraerguß, vativ 7. bronchopneum. Infil- trate, biliäre Lun- genstauung	
1955	5	B.R.	48	Dünndarmileus, red. L. 9500 Peritonitis	-	1.	Dünndarmfistel Resektion, Entero- anast.	1. paralyt. Ileus, Prostigmin 2. Hyperthermie 41°C Antibiot. HKTh	
1955	6	R.C.	81	Dünndarmileus red. Hb 71, E. 3.5	-	6.	Dünndarmfistel	6. Wundinfektion Prostigmin Wunddehiszenz Infus. Entleerung von HKTh 14. fäkalanter Flüssigkeit aus Wunde, Peritonitis	
1955	7	R.A.	52	Colitis red. ulcerosa Ileus, Peritonitis	-	5.	Dünndarmfistel	5. Subileus Transfus. Infus. HKTh Colonresekt. 33. morib.	
1955	8	P.B.	33	Colitis red. ulcerosa	Hb 51, E. 2.33 BKS 45/86	1.	Colonresektion Darmfistel	1. HKV HKTh Transfus. Infus.	1. Peritonitis, Anämie d. inn. Organe

Die Behandlungsmethode der Wahl bei Oesophagus-Cardia-Carcinomen stellt zweifellos die Resektion dar. Doch kommt ein erheblicher Prozentsatz der Ca-träger in inoperablem Zustand in die Klinik, so daß dann nur noch eine palliative Operation vorgenommen werden kann, um die oft erheblichen Stenosierungen zu umgehen. In unserem Krankengut lag die Resektionsquote der Carcinome des unteren bis mittleren Oesophagus bei den Männern um 43 %, bei den Frauen um 65 %, bei den Carcinomen der Cardia und denen, die von dort in den unteren Oesophagusabschnitt penetrierten, bei den Männern um 64 %, bei den Frauen um 54 %.

Eingriffe im unteren bis mittleren Oesophagusbereich (Oesophagus-Ca):

Jahrgang	Zahl d.Fälle	nicht tödl.Kompl.	morib.F.	tödl.K.	%
1953	14 pall.	1	-	6	42,8
	7 Res.	-	1	6	85,7
1954	2 pall.	-	-	-	0
	8 Res.	1	2	3	37,5
1955	2 pall.	-	1	-	0
1953-1955	18 pall.			6	33,3
	15 Res.			9	60,0

Todesursachen:	Herz-Kreislauf-Versagen	8
	Lungeninfarkt	2
	Lungenembolie	2
	Bronchopneumonie	1
	Nahtinsuffizienz	2

Nach einer Umfrage von Gütgemann an Chirurgen des In- und Auslandes aus dem Jahre 1953 liegt die entsprechende Resektionsmortalität bei 41 % (21 - 72 %). Er selbst veröffentlichte im gleichen Jahr Statistiken, in denen die Resektionsmortalität zwischen 54 und 66 %, die Mortalität nach palliativen Operationen bei 46,6 % lag (bei der letzteren sind palliative Eingriffe bei Cardia-Ca eingeschlossen). So dürften unsere eigenen Werte mit 60,0 % bei Resektionen und 33,3 % bei palliativen Operationen durchaus im Normbereich liegen. Die erhöhte Mortalität bei den Resektionen sieht Gütgemann in den ausgedehnten Gewebstraumen, der Irridation sowie Zerstörung lebenswichtiger Zentren, der hohen Vagotomie mit den dadurch entstehenden

funktionellen cardio-pulmonalen Störungen.

Oesophagus-Cardia-Ca:

Jahrgang	Zahl d.Fälle	nicht tödl.	Kompl. morib.F.	tödl.K.	%
1953	1 pall.	-	-	-	0
	1 Res.	-	-	-	0
1954	2 pall.	-	-	1	50
1955	5 Res.	-	-	5	100
1953-1955				1	33,3
				5	83,3

Todesursachen: Herz-Kreislauf-Versagen 4
Pneumonie 1
Nahtinsuffizienz 1

Gütgemann gibt die Mortalität für Oesophagus-Cardia-Carcinom-Resektionen nach der Umfrage an Chirurgen des In- und Auslandes mit 35 % (11,6 - 72 %) an. So liegt unser Wert mit 83,3 % bei Resektionen sehr hoch. Doch mag hier die kleine Auswahl des Krankengutes berücksichtigt werden, aus der wohl keine prozentualen Zahlen zu erheben sind.

Cardia-Ca:

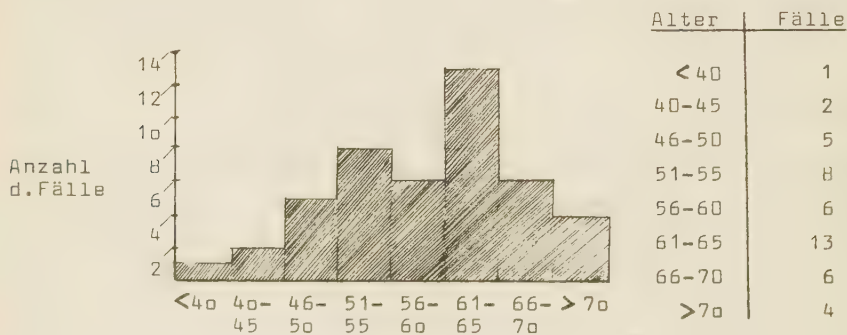
Jahrgang	Zahl d.Fälle	nicht tödl.	Kompl. morib.F.	tödl.K.	%
1953	8 pall.	-	2	1	12,3
	12 Res.	1	1	8	66,6
1954	7 pall.	-	-	3	42,8
	13 Res.	1	1	8	61,5
1955	5 pall.	-	2	1	20,0
	10 Res.	-	1	3	30,0
1953-1955				5	25,0
				19	54,2

Todesursachen: Herz-Kreislauf-Versagen 9
Pneumonie 7
Lungenembolie 2
Nahtinsuffizienz 4
H.-K-schock, Verblutung 1
Hernia diaphr. 1

Nach der Umfrage von Gütgemann beträgt die Resektionsmortalität bei Cardia-Carcinomen 26,1 % (11,6 - 71,4 %), er selbst gibt aufgrund eigener Beobachtungen 28,1 % an. Unsere Werte liegen mit 54,2 % zwar noch im Normbereich, sind aber doch höher als der Durchschnitt. Auch hier findet sich wieder eine erheblich niedrigere Mortalität bei den palliativen Operationen (25 %).

Es wird auch in unserem betrachteten Krankengut eine sichtbare Abhängigkeit der postoperativen ersten Komplikationen von der Höhe der Ösophagusresektionen deutlich; sie nimmt mit der Höhe der Carcinome in der Speiseröhre zu, während die Häufigkeit der Carcinome nach oben hin abnimmt.

Unter den Todesursachen gibt es bei den verschiedenen Ösophagus-eingriffen sowie bei den unterschiedlichen Tumorlokalisationen keine Unterschiede. An der Spitze steht das Herzkreislaufversagen mit 46,6 % der Todesursachen, es folgen Lungenkomplikationen mit 33,3 % und Nahrungsauffüllungen mit 15,5 % der Todesursachen bzw. 7,2 % der operierten Fälle. Der große Prozentsatz der Herz-Kreislaufinsuffizienzen sowie der Lungenkomplikationen erklärt sich durch das Alter der verstorbenen Patienten.



Altersverteilung der Todesfälle

Die Anastomoseninsuffizienz ist eine wichtige zu berücksichtigende Komplikation.

Bei der Betrachtung des Todestages findet sich ein postoperativer Anstieg mit einem Maximum am 3. Tag. Die Reserven der Geschwulst-

kranken sind oft erschöpft, wenn die Behandlung beginnt, so daß es durch den Operationsstress in Verbindung mit dem höheren Alter der Patienten zu Resistenzverlust und frühem postoperativen Verfall kommt.



Absolute Zahlen lassen sich wegen der erheblich geringeren Erkrankungsfrequenz bei den Frauen schwer liefern. Von 10 radikalen Operationen in den 3 Jahren endeten 7 tödlich. Mit den Resektionen der Männer verglichen, ergibt sich eine deutlich höhere Mortalität (58,9 % bei den Männern - 70 % bei den Frauen). Doch ist das weibliche Krankengut für endgültige Schlüsse zu klein.

Unter 7 chirurgischen Palliativmaßnahmen kam es nur einmal zu einer tödlichen Komplikation, 2 Pat. wurden aber vorzeitig moribund verlegt. Für Vergleichswerte fehlt auch hier ein größeres Zahlenmaterial.

Die Todesursachen bei den weiblichen Ca-Pat. gleichen denen der männlichen:

Herz-Kreislaufkomplikationen	3
Lungenkomplikationen	3
Nahtinsuffizienz	1
Folge der Ca-Kachexie	1

Eine auffällige Abnahme der Mortalität findet sich bei gutartigen Indikationen. Der präoperative Zustand dieser Patienten ist deutlich besser, als derjenige der Ca-Träger, so daß p.op. hinzutretende Infekte und unerwartete Komplikationen besser überstanden werden.

Jahrgang	Zahl d. Fälle nicht tödl. Kompl. morib. F.						tödl. K. %			
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
1953	8	3	-	-	1	-	1	-	12,5	0
1954	7	4	-	1	-	-	-	-	0	0
1955	5	5	-	1	-	-	2	1	40	20
1953-1955	20	12					3	1	15	8

Die Operationsmortalität betrug in den Jahren 1953 bis 1955 bei den Männern 15 %, d.h. 1/3 der Mortalität bei sämtlichen operativen Eingriffen wegen maligner Erkrankungen. 8,3 % der Operationen bei den Frauen verlief tödlich. Damit liegt die Mortalität bei benignen Eingriffen bei den Frauen niedriger als bei den Männern. Allerdings ist auch hier die beschränkte Aussage einer kleinen Statistik zu berücksichtigen.

Indikationen zu Magenoperationen stellen gutartige und bösartige Erkrankungen dar. Erfreulicherweise dominierten bei den Männern die gutartigen mit einer wesentlich besseren Prognose über die bösartigen: in den 3 Jahren wurden 171 operative Eingriffe wegen benigner, 136 wegen maligner Erkrankungen ausgeführt. Bei den Frauen fanden sich gleiche Operationsindikationen: in 3 Jahren wurden 73 maligne Tumoren und 72 benigne Erkrankungen operiert. Verteilung der Operationen wegen gutartiger Magenenerkrankungen:

Operationsjahr	1953		1954		1955	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Anzahl d. Fälle	59	22	61	24	51	26
Op.-art: B II	50	19	53	24	47	23
subt.Res.	-	1	-	-	-	-
tot.Res.	-	-	3	-	-	1
G.E.	5	1	1	-	1	-
Ma-Übernähg.	2	1	3	-	3	1
Laparatomie	2	-	1	-	-	1*

*Ma-div.-res.

Die am häufigsten angewandte Operationsmethode stellte die Resektion nach Billroth II dar. Hauptindikationen waren ulcera ventriculi und ulcera duodoni:

Jahr		Ges.z.d.F.		Z.d.B.II res.		n.tdl.K.		morib.tdl.K.		BII %		
		♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
1953	U.ventr.	25	9	23	7	2	-	-	3	1	13,04	14,28
	U.duod.	25	7	19	7	1	1	-	1	-	5,26	0
	U.v.+d.	-	1	-	1	-	-	-	-	-	0	0
1954	U.ventr.	30	13	27	13	2	1	-	4	1	14,8	7,69
	U.duod.	23	5	21	5	-	2	1	2	-	9,52	0
	U.v.+d.	3	1	3	1	-	-	-	-	1	0	100,0
1955	U.ventr.	24	8	22	7	2	1	-	1	-	4,5	0
	U.duod.	22	11	22	11	6	-	-	1	-	4,5	0
	U.v.+d.	2	-	1	-	1	-	-	-	-	0	0
-55	U.ventr.	79	30	72	27	6	2	-	8	2	11,1	7,4
	U.duod.	70	23	62	23	7	3	1	4	-	6,3	0
	U.v.+d.	5	2	4	2	2	-	-	-	1	0	50,0

Bei den Männern wurden von 79 U.ventr. 72 nach der Methode B II resezziert. Unter ihnen gab es 14 postoperative Komplikationen, von denen 8 tödlichen Verlauf nahmen.

Todesursachen: HKV 3
 Pneumonie 2
 Lungenembolie 2
 Stumpfsuffizienz 1

Bei den nicht tödlichen Komplikationen handelte es sich um vier Wundinfektionen, 1 postoperativen Ileus, 1 toxische Hämolyse. Bei den Frauen wurden von 30 operativ anzugehenden U. ventr. 27 nach B. II reseziert. Es traten 4 Komplikationen auf, von denen 2 tödlich verliefen. Todesursachen waren in beiden Fällen Pneumonien, nicht tödliche Komplikationen waren 1 x Wundinfektion, 1 x Parotitis, 1 x Infarktpneumonie, 1 x Thrombophlebitis. Von 70 zu operierenden U.duod. wurden bei Männern 62 nach B.II reseziert. Hierbei kam es in 12 Fällen zu Komplikationen, von denen 4 tödlich endeten.

Todesursachen: HKV nach Relaparatomie
 wegen Nahtinsuffizienz . . . 1
 Ileus, HKV 1
 HKV 1
 zentrale Pneumonie 1

Ein Patient wurde mit einer Pneumonie und gleichzeitigem Platzbauch moribund verlegt. Bei den nicht tödlichen Komplikationen handelte es sich um 3 Wundinfektionen, 1 Parotitis, 2 innere Nahtinsuffizienzen (Relap.), 1 Strangulationsileus (Relap.). Die 23 operativ anzugehenden U.duod. bei den Frauen wurden nach B.II reseziert. Es traten 3 nicht tödliche Komplikationen auf: 2 postoperative Magenblutungen, 1 Stumpfgastritis. Von 7 U.ventr. et duod. wurden 6 nach B.II reseziert. Postoperativ traten 3 Komplikationen auf, von denen eine tödlich verlief. Todesursache war eine Thrombose der li A.pulm. Nicht tödliche Komplikationen waren 1 Stumpfgastritis, 1 Wundinfektion. Ulcera perforata bei deutlich reduzierten Patienten wurden übernäht. Diese palliativen Eingriffe bei den meistens erheblich geschwächten Patienten waren mit einem größeren Operationsrisiko verbunden. Von 6 U.ventr. - und 3 U.duod. -Übernähungen kamen jeweils 2 Patienten ad exitum.

Todesursachen: toxisches HKV 2
 Peritonitis 1
 Nahtinsuffizienz 1

Dagegen verliefen von 4 $\frac{2}{3}$ Resektionen wegen U.ventr.perf. eine, von 12 $\frac{2}{3}$ Resektionen wegen U.duod.perf. nur 2 Komplikationen tödlich. Die guten Ergebnisse von Nissen durch die Auswahl der Ulcusperforationen nach Übernähung und Resezierbarkeit mit einer Gesamtmortalität von 3,23 % können hier nicht bestätigt werden. Von den 25 Patienten mit perforierten Ulcera kamen 7 ad exitum (28%), so daß die Perforationen in unserem Krankengut die Ulcus-chirurgie erheblich belasten.

Für die Ulcusresektionen ergibt sich eine Gesamtmortalität von 8,08% bei 198 Fällen der Jahre 1953 - 1955, Komplikationen traten in 18,08 % der Fälle auf. Bei Holub betrug die Mortalität 3,9 %, die Komplikationen 17,2 % (aus den Jahren 1950 - 1960). Die deutlich niedrigere Mortalität Holubs liegt in den moderneren Behandlungsprinzipien der späteren Jahre und hat sich auch an der Münchener Klinik in den folgenden Jahren erheblich reduzieren lassen. Im letzten Berichtsjahr (1955) betrug die Ulcusp mortalität nur noch 2,98 % gegenüber 10,4 % im Jahre 1953. Die graphische Darstellung verdeutlicht den fatalen Ausgang postoperativer Komplikationen mit Zunahme des Alters der Patienten:



Altersabhängigkeit des Ausgangs postoperativer Komplikationen bei 42 Ulcuspatienten.

Zwischen dem 4. und 5. Lebensjahrzehnt findet sich einerseits die größte Operationsbedürftigkeit, andererseits die meisten Komplikationen mit gutem Ausgang. Jenseits des 5. Jahrzehnts überwiegen bereits tödliche Komplikationen, oberhalb des 7. Lebensjahrzehnts fehlt die nichttödliche postoperative Komplikation vollkommen.

Wie bei den bösartigen Tumoren des Oesophagus und bei denjenigen des später zu besprechenden Intestinums bietet nur die chirurgische Behandlung Aussicht auf Heilung. Doch kommt ein Großteil der Kranken zu einem Zeitpunkt zur Operation, in dem durch Lymphdrüsenmetastasen die Aussichten für eine radikale Entfernung des Geschwulstgewebes gering sind. In der Münchener Universitätsklinik mußten aus diesem Grund von insgesamt 209 malignen Magentumoren 50 palliativ versorgt werden, so daß sich für die Jahre 1953 - 1955 eine Resektionsquote von 76,1 % ergab.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die durchgeführten Palliativoperationen bei malignen Geschwülsten des Magens mit den postoperativen Komplikationen:

	1953		1954		1955		gesamt		n.tdl.K.		morib.		tdl.K.	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
G.E.	1	1	2	3	3	2	6	6	1	1	1	-	2	2
Witzelfistel	5	2	2	2	7	1	14	5	1	1	1	-	1	1
Jej.-fistel	6	-	2	1	3	1	11	2	-	-	2	-	4	2
Probelapar.	4	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-
Coecalfistel	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Perf.-Übernähg.	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
pall. Operationen							50		4		4		15	= 30,0 %

Von 50 palliativ Operierten kamen 15 ad exitum (30 %),

Todesursachen: HKV 11
Pneumonien 4

moribund wurden 4 Patienten verlegt, 2 mit drohendem HKV, 2 mit progredienter Ca-Kachexie. Bei den nicht tödlichen Komplikationen handelte es sich 2 x um Wundinfektionen, 1 x um einen Platzbauch, 1 x um eine Thrombophlebitis. Über die Resektionen von Magentumoren gibt die folgende Tabelle Aufschluß:

	1953		1954		1955		gesamt		n.tdl.K.		morib.		tdl.K.		%	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
B. II	6	11	16	9	9	13	31	33	1	1	1	↑	10	7	32,2	21,
subtot. Res.	3	2	3	2	9	2	15	6	3	3	1	-	7	2	46,6	33,
subt. Gastrect.	10	-	2	1	1	-	13	1	1	-	5	-	7	1	53,8	100,
tot. Gastrectom.	13	8	15	4	13	8	41	20	2	3	2	-	20	12	48,7	60,
Resektionen							160		14		10		66		41,2	%

Von 160 Resektionen nahmen 66 einen tödlichen Verlauf (41,2 %)

Todesursachen:	HKV	29
	Pneumonie	7
	Lungenembolie	3
	Peritonitis	7
	Anastomoseninsuffizienz	6
	Ileus	4
	Pankreasgettgewebsnekrose	2
	Sepsis	2
	hepatorenale Insuff.,Ca-kachexie, N Napoplexie, Thrombose, p.op.Blutung, Pleuritis je 1 x	6

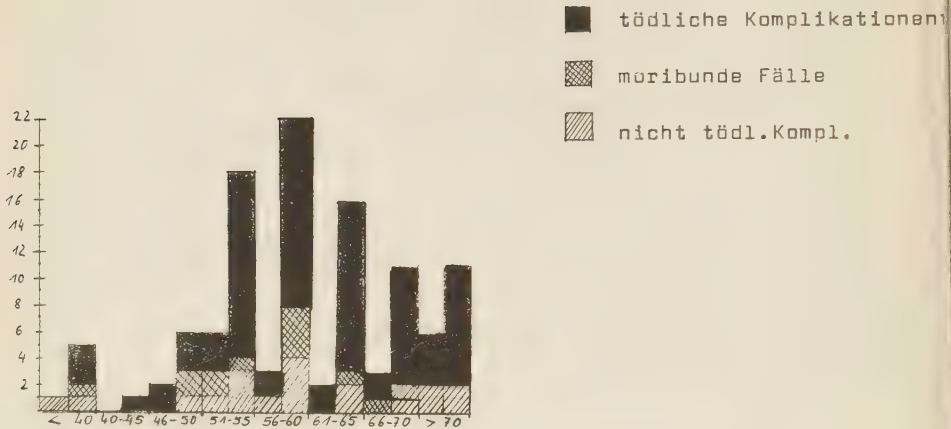
Moribund verlegt wurden 7 Patienten mit drohendem HKV, je 1 Patient mit Anastomoseninsuffizienz, Ileus, Coma hepaticum. Nicht tödliche Komplikationen waren 4 Wundinfektionen, 3 Pneumonien, 2 Thrombophlebitiden, 2 Anastomosenstenosen, 1 Ileus, 1 HK-schwäche, 1 intra-abdomineller Abszeß (Relap.).

Die wenigsten Komplikationen traten naturgemäß nach B.II-Resektionen auf. Die postoperative Mortalität lag in unserem Krankengut bei 26,5%. Sie wurde in den Berichtsjahren von den meisten Kliniken zwischen 20 und 30 % angegeben, hat sich aber in den späteren Jahren erheblich senken lassen. Von 21 subtotalen verliefen 9 (42,8 %), von 61 totalen Magenresektionen 32 (52,6 %) tödlich. Hier spiegelt sich ein ungleich größeres Operationsrisiko wider. Die höchste Mortalität trat nach subtotalen Gastrectomien auf; darunter wurden Resektionen von hoch-sitzenden Magencarcinomen mit Einwachsen in die Cardia verstanden. Von 14 subtotalen Gastrectomien verliefen 8 tödlich (57,1 %).

In der Literatur finden sich ähnliche Verhältnisse, doch sind die absoluten Zahlen niedriger. Holder und Grimsehl fanden an der Heidelberger Klinik in den Jahren 1943 - 1959 23,2 % bei B.II, 28,5 % bei subtotalen, 39,7 % bei totalen Resektionen und 37,5 % bei subtotalen Gastrectomien. Sie gelangten zu einer Gesamtmortalität bei Resektionen von 28,3 %, der eine Mortalität von 41,2 % an der Münchener Universitätsklinik gegenübersteht. Die mit der Radikaloperation erreichten Resultate geben also wenig Grund zur Befriedigung.

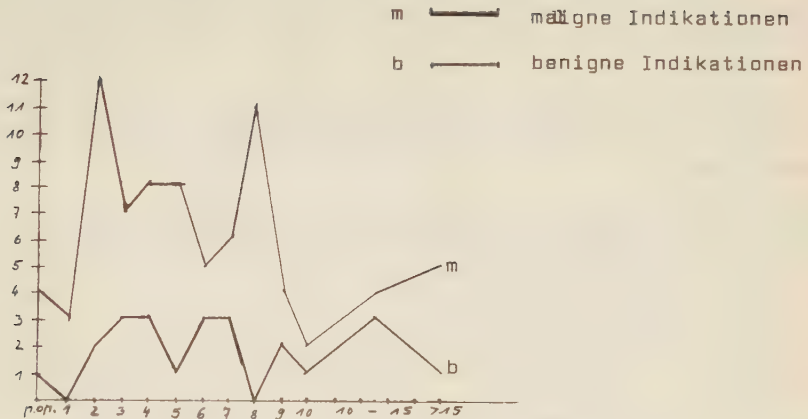
Unter den tödlichen postoperativen Komplikationen steht das HKV mit 43,8 % an der Spitze, Lungenkomplikationen traten in 15,1 %, Anastomoseninsuffizienzen in 10 % der Todesfälle auf. Das gehäufte pulmo-cardiale Versagen sowohl bei den Palliativoperationen als auch bei den Resektionen mag sich durch das Alter der Patienten er-

klären. 89 % der Verstorbenen waren über 50, 46,9 % über 60 Jahre alt.



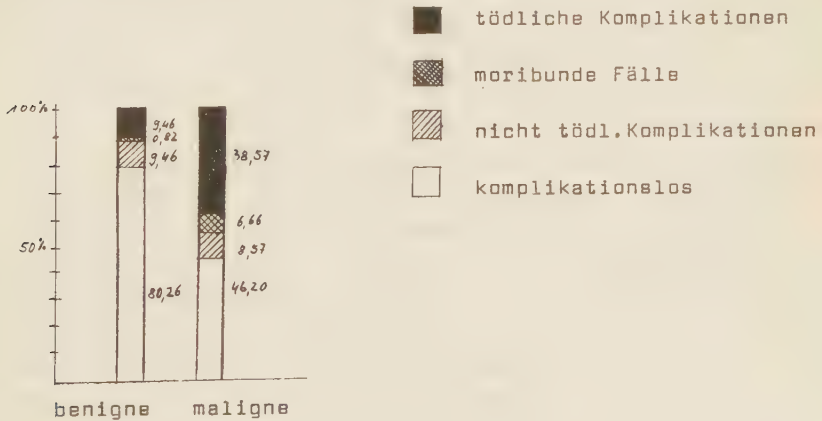
Altersverteilung der postoperativen Komplikationen nach 23 Palliativ- (1.Säule) und 90 Radikaloperationen (2.Säule).

Ein Vergleich zwischen Palliativoperationen und Resektionen läßt den wesentlich gefahrloseren palliativen Eingriff erkennen. Bei den ersteren fand sich eine Mortalität von 30 %, bei den letzteren von 41,2 %. Noch eklatanter sind Operationsvergleiche von malignen und benignen Erkrankungen: die Operationsmortalität beträgt bei den gutartigen 9,46 %, bei den gesamten malignen 38,57 %. Ursachen sind u. a. der bereits bei dem Oesophagus erwähnte reduzierte Zustand der Ca-Träger, der chronische, oft über Jahre reichende Zustand, der die Reserven des Geschwulstkranken aufzehrt. Dieser Resistenzverlust erklärt auch den an die Operation näher herangerückten Todestag bei Verstorbenen mit Carcinomen gegenüber demjenigen bei Verstorbenen mit benignen Erkrankungen:



Todestag nach der Operation bei 81 Ca-Patienten und 22 Patienten mit gutartigen Indikationen.

Die folgende graphische Darstellung zeigt den prozentualen Anteil der verstorbenen, moribunden und komplizierten Fälle im Vergleich zur Anzahl der Heilungen bei benignen und malignen Magenerkrankungen.



Während die postoperative Mortalität in der Magen- Duodenal- Ulcus- chirurgie von 10,4 % im Jahre 1953 auf 2,98 % im Jahre 1955 ein- drucksvoll zurückging, blieb eine ähnliche Entwicklung in der Magen- Ca-Chirurgie an der Münchener Klinik aus (1953 - 33,6 %, 1955 - 35,2 %).

Den häufigsten chirurgischen Eingriff wegen gutartiger Intestinalerkrankungen stellte die Appendectomie dar (in 94,3 % der benignen Indikationen). Sie war entsprechend der höheren Erkrankungsfrequenz bei den Frauen doppelt so häufig erforderlich wie bei den Männern.

Einen Überblick über die Appendectomien in den Jahren 1953 - 1955 und die aufgetretenen postoperativen Komplikationen gibt die folgende Tabelle:

Jahr	Zahl d. Fälle			nicht tödl. Kompl.			Todesfälle			%		
	♂	♀	ges.	♂	♀	ges.	♂	♀	ges.	♂	♀	ges.
1953	120(4)	271(5)	391(9)	4(1)	18	22 (1)	3(2)	3	0	1,1	1,1	
1954	113(4)	229(3)	342(7)	4	8	12	2(1)	2	4	1,77	0,87	1,17
1955	118(2)	226(7)	344(9)	3	10	13	2	4(3)	6	1,69	1,77	1,74
1953-55	1.077(25)			47 (1)			13(6)			1,2		

die in Klammern stehenden Zahlen geben den Anteil der perforierten Appendices wieder.

Die Ergebnisse der operativen Behandlung der Appendicitis verschlechtern sich mit dem Verschleppen des Krankheitsbildes. Unkomplizierte Appenditiden sind mit einem kleineren Operationsrisiko behaftet (in der Münchener Universitätsklinik mit einer Mortalität von 0,66 %). Weit gefürchteter sind die Perforationen, die mit einer abschreckenden Mortalität von 24 % belastet sind (6 Todesfälle bei 25 operierten App.perf.). Für die Jahre 1953 - 1955 ergibt sich eine Gesamt mortalität von 1,2 %. Der Anstieg im Jahre 1955 auf 1,74 % erklärt sich durch die Zahl der Perforationen, die hier die Hälfte der Todesfälle ausmachte.

Todesursache bei App.perf.: generalisierte Sepsis 3
paralytischer Ileus, HKV 1
Pneumonie, HKV. 1
akute Lungenembolie 1

Todesursache bei App.acuta sine chron. (1 phlegm.): HKV 2
HKV nach Relaparatomie wegen Ileus 2
Apoplexie 2
Lungenembolie 1

Das Überwiegen der cardiopulmonalen Todesursachen ist in dem Alter der Verstorbenen begründet. Es ergab sich ein durchschnittliches Alter bei den Perf. von 53,8, bei den nicht perf. App. von 55,4 Jahren

Nicht tödliche Komplikationen traten in 4,3 % der Appendectomien auf. Die Frauen zeigten eine größere Anfälligkeit. Eine wesentliche Rolle spielte die postoperative Infektion, 82,9 % der nicht tödlichen Komplikationen waren Wundinfektionen mit teilweiser sekundärer Narben-

dehiszenz. 42,5 % waren Thrombophlebitiden, 4,25 % Subilei, der Rest unklare Beschwerden.

Die Notwendigkeit einer Relaparatomie ergab sich in 5 Fällen (0,46%). Ursachen waren 3 Ileil, 2 unklare Beschwerden im Operationsgebiet.

Eine Zusammenfassung der Operationen wegen anderer gutartiger Darm-erkrankungen gibt die folgende Übersicht:

	1953		1954		1955		gesamt		n.tdl.K.		morib.		Todesf.	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
part.Dünndarmres.	2	2	7	8	2	1	11	11	4	3	-	1	2	2
part.Dickdarmres.	-	4	-	4	2	2	2	10	1	1	-	1	-	4
künstl.Darmfisteln	1	-	-	8	-	4	1	12	-	1	-	-	-	5
Darmincis.,Übernähg.	1	-	3	5	1	2	5	7	-	1	-	-	-	1
Ileotransversostomie	-	1	2	-	-	-	2	1	-	-	-	-	1	1
sonstige Operationen	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
							23	41	5	6	-	2	3	13

Es ergibt sich für die Männer eine postoperative Mortalität von 13,04 %, für die Frauen von 31,7 %. Häufigste Ursache operativer Eingriffe waren spontane Ileil. Die Frauen vertrugen die Operationen wesentlich schlechter.

Todesrsachen waren:

Peritonitis	8
HKV	4
Pulmonalthrombose	1
Lungenembolie	1
Anastomoseninsuffizienz	1
Ileusrezidiv	1

Die 50 % Peritonitiden als Todesursache sind weniger Folge des operativen Eingriffes, sondern fanden sich zumeist im Operationsbefund und waren Folge des länger bestehenden Krankheitsbildes (Ileus, Volvulus, spontane Fisteln, Endxangitis obliterans). Im moribunden Zustand wurden 2 Patienten verlegt; ein drohendes HKV, eine Lungenembolie.

Nicht tödliche Komplikationen waren 7 postoperative Wundinfektionen, 1 Douglasabszeß, 1 Lungen embolie, 1 Platzbauch (Revision), 1 Ileus.

In den Jahren 1953 - 1955 unterzogen sich 206 Patienten Operationen am Intestinum wegen maligner Tumoren. 110 operative Eingriffe wurden palliativ, 96 wurden radikal vorgenommen. Bei 109 Patienten kam es zu postoperativen Komplikationen (52,9 %), 72 verliefen tödlich (34,9 %). Hierbei gab es eine unterschiedliche Mortalität bei den Palliativoperationen und Resektionen; bei den ersteren war es

40,9 % (45 Todesfälle), bei den letzteren 27,5 % (27 Todesfälle). Die nicht tödlichen postoperativen Komplikationen überwogen dagegen bei den Resektionen. Der Grund dafür liegt in der Auswahl des Krankenguts. Patienten in gutem bis leicht reduziertem Zustand, denen man einen größeren operativen Eingriff zumuten konnte, wurden nach Möglichkeit radikal, deutlich reduzierte Patienten sowie die große Gruppe der stenosierenden Genitaltumoren bei den Frauen wurden palliativ behandelt. Ein Altersunterschied bestand zwischen diesen beiden Gruppen nicht.

Für palliative und radikale Operationen finden sich auch in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. Metzl und Berger geben z.B. für die Resektionen 18,6 %, für die Palliativoperationen 29,1 % Mortalität an (aus dem Jahre 1959).

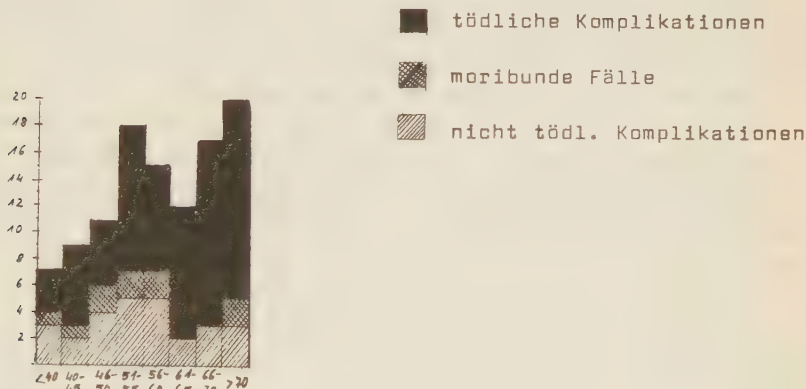
Komplikationen, die auf Infektionen zurückgehen, führen unter den postoperativen nicht tödlichen Zwischenfällen: es traten 13 Wund-, 4 Harnwegsinfektionen und 2 Gastroenteritiden auf. Sie lassen sich trotz hoher Dosen Antibiotica oft nicht verhindern. Weitere Ursachen zur Verlängerung des postoperativen Klinikaufenthaltes waren 4 Parotiden, 3 Icterus, 2 Ileus, 2 Cholecystectomien wegen Cholecystitis, 3 Thrombophlebitiden, 1 Blutung aus dem Wundgebiet. Die Thrombophlebitis und die postoperative Lebergallenwegsstörungen stellten eine spezifische Komplikation des weiblichen Geschlechtes dar. Die anderen Zwischenfälle zeigten gleiche Häufigkeit bei Männern und Frauen.

Moribund wurden 5 Patienten mit drohendem HKV, 2 mit Pneumonien, je 1 Patient mit Ileus, Pyelonephritis und postoperativer Blutung verlegt. Bei diesen Patienten gab es keine Abhängigkeit von der Schwere des operativen Eingriffes (5 Patienten nach palliativen und 5 Patienten nach radikalen Operationen) und keine Bevorzugung des Geschlechtes.

Todesursachen:	HKV	31
	Pneumonie	5
	Lungenembolie	6
	Peritonitis	6
	Ileus	6
	Nahtinsuffizienz	3
	Harnwegsinfektionen	4
	Ca-Kachexie	8
	Tumorblutungen	2
	Herzinfarkt	1

Häufigste Todesursache war auch hier das akute oder chronische

Herz-Kreislaufversagen. Es war in dem zu untersuchenden Krankengut gleich verteilt auf palliative und radikale Eingriffe und unabhängig vom Geschlecht der Patienten. Die folgende graphische Darstellung demonstriert, daß über die Hälfte der Verstorbenen das 5. Lebensjahrzehnt überschritten hatten.



Eine typische tödliche Komplikation der Palliativmaßnahmen stellte die Peritonitis dar. Die postoperative Harnwegsinfektionen überwogen bei den Frauen, die Nahtinsuffizienzen kamen nur bei den Männern vor. Die Ca-kachexie war ausschließlich Todesursache bei den Frauen.

Die operativen Eingriffe am Intestinum wegen maligner Tumoren wurden von den Frauen besser vertragen als von den Männern:

	F r a u e n		M ä n n e r	
	Resektion	palliativ	Resektion	palliativ
totale Kompl. in %	56,7	45	57,6	56,6
tödl. Kompl. in %	15,7	38,7	33,9	50

Eine Abhängigkeit der postoperativen fatalen Komplikationen von der Tumorlokalisation ist nicht klar ersichtlich. Die niedrigste Mortalität hat die chirurgische Behandlung der Rectum-Tumoren. Es findet sich aber keine progrediente Zunahme von dort zum Dünndarm.

Operative Eingriffe wegen Dünndarntumoren:

	1 9 5 3				1 9 5 4				1 9 5 5				1953-55
	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Gesamt mortal
pall. 2	-		1	1			1	-		-	1		3=75%
Res. 4	-		1	1			2	-		-	2		3=37%

Es ergab sich eine Mortalität von 37,5 % für die Resektionen und 75 % für die palliativen Eingriffe. Bei dem kleinen Krankengut sind das aber keine absoluten Zahlenangaben.

Operative Eingriffe wegen Dickdarntumoren:

	1 9 5 3				1 9 5 4				1 9 5 5				1953-55
	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Gesamt mortal
pall. 10	-		-	6			9	-		-	8		16=76%
Res. 7	2		1	1			8	3		-	2		11=39%

Für die Resektionen von Dickdarntumoren oder Metastasen ergab sich eine Mortalität von 39,2 %, für die Palliativmaßnahmen von 76,2 %

Operative Eingriffe wegen Rectumtumoren:

	1 9 5 3				1 9 5 4				1 9 5 5				1953-55
	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Gesamt mortal
pall. 17	1		1	3			8	-		-	3		8=22%
Res. 11	3		1	-			21	6		-	2		11=19%

Für die Resektion von Rectumtumoren ergab sich eine Mortalität von 19,7 % (einzeitige und zweizeitige Rectumamputationen zeigten gleichhäufig postoperative Komplikationen), für Palliativmaßnahmen eine Mortalität von 22,2 %.

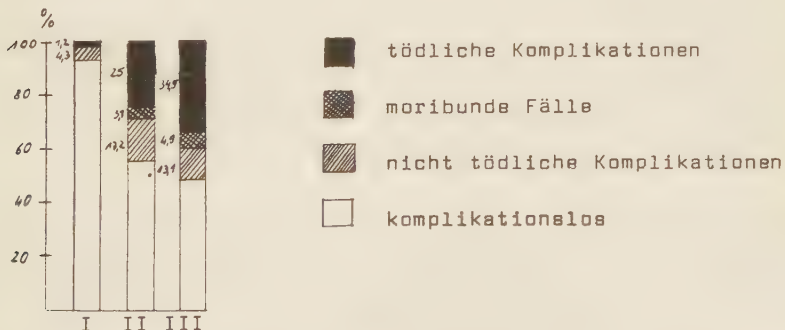
Operative Eingriffe wegen Genitaltumoren:

	1 9 5 3				1 9 5 4				1 9 5 5				1953-55
	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Z.d.F.	n.	tdl.	K.	mor.	+	Gesamt mortal
pall. 12	1		-	5			14	-		-	4		20=39%
Res. -	-		-	-			1	-		1	-		3

Operative Eingriffe wegen Genitaltumoren wurden ausschließlich bei

Frauen ausgeführt. Unter den palliativen Maßnahmen sind die Behebung von Occlusionen oder Stenosen, die durch Genitaltumoren oder ihre Metastasen am Darm hervorgerufen wurden, durch Darmfisteln zu verstehen. Diese Fisteln wurden je nach Lokalisation der Passagebehinderung im Dünndarm, Dickdarm oder Mastdarm angelegt. Resektionen schließen die radikale Entfernung des Genitaltumors und des befallenen Intestinalabschnittes ein. Gesamt mortalität 39,2 %.

Ein abschließender postoperativer Vergleich von benignen und malignen Darmerkrankungen muß natürlich zugunsten der gutartigen Erkrankungen ausfallen. Die letzte graphische Darstellung bringt noch einmal eine Gegenüberstellung der 3 besprochenen Gruppen: Appendectomien, operative Eingriffe wegen anderer gutartiger Darmerkrankungen und schließlich solche der malignen Tumoren. Sowohl die palliativen Maßnahmen als auch die Resektionen ergaben unbefriedigte Ergebnisse. Das liegt auf der einen Seite in der Natur der Erkrankung, die die Reserven ihres Wirtes verbraucht, so daß bereits kleine operative Eingriffe, wie es das Anlegen einer Fistel normalerweise darstellt, zu schweren postoperativen Komplikationen führen können, andererseits ließen sich vor 10 Jahren einige postoperative Komplikationen nicht beherrschen, weil dort der damaligen Medizin Grenzen gesetzt waren, die wir heute überschritten und vorgeschoben haben. Und das findet Ausdruck in der wesentlich niedrigeren Mortalität.



Prozentualer Anteil der postoperativen Komplikationen bei den verschiedenen Darmoperationen in den Jahren 1953-1955

- I Appendectomien
- II Operationen wegen anderer benignen Erkrankungen.
- III Operationen wegen malignen Tumoren.

Zusammenfassung:

Es wurde eine Analyse bei 1.972 Patienten unternommen, die sich einer Operation am Oesophago-gastro-intestinal-trakt an der Chirurgischen Universitätsklinik München in den Jahren 1953, 54, 55 unterzogen. Die Fälle wurden hinsichtlich ihrer postoperativen Komplikationen studiert und in 3 große Gruppen aufgeteilt.

1. Oesophagus: Die Ergebnisse der radikalen und palliativen Behandlung der Oesophagus-Cardia-Carcinome waren entmutigend. Die Mortalität betrug für die Resektionen 58,9 % bei den Männern und 70 % bei den Frauen, für die palliativen Eingriffe 29,2 % bei den Männern, 14,3 % bei den Frauen. Eine auffällige Abnahme der postoperativen Mortalität fand sich bei gutartigen Indikationen. Sie betrug bei den Männern 13 %, bei den Frauen 8,3 %.
2. Magen: Die hauptsächlich chirurgische Behandlung der Ulcera bestand in der Resektion nach B.II. Mit dieser Methode wurde eine Mortalität von 8,08 % erreicht. Komplikationen traten in 18,08 % der Fälle auf. Patienten mit perforierten Ulcera trugen ein ungemein höheres Risiko an postoperativen Komplikationen, Mortalität 28 %. Von 50 palliativ versorgten Magentumoren traten 15 (30 %) tödliche Komplikationen auf. Bei den Resektionen lag die Mortalität bei 41,2 %. Die wenigsten Komplikationen traten naturgemäß nach der Methode B.II auf.
3. Darm: Häufigster operativer Eingriff war die Appendectomie. Die postoperativen Komplikationen erhöhen sich mit der Dauer des Krankheitsbildes. Die Mortalität der unkomplizierten Appenditiden betrug 0,66 %, sie stieg bei der Perforation auf 24 % an. Komplikationen traten in 4,5 % aller Appendectomien auf. Für weitere operative Eingriffe wegen anderer gutartiger Darmerkrankungen ergab sich eine Mortalität von 13,04 % bei den Männern und 13,7 % bei den Frauen. Die besten postoperativen Ergebnisse unter den Malignomen des Intestinums zeigten die operativen Eingriffe am Rectum. Eine Abhängigkeit der postoperativen fatalen Komplikationen von der Tumorlokalisation war sonst nicht klar ersichtlich. Palliative und radikale Operationen zeigten eine unterschiedliche Mortalität. Für die ersteren 40,9 %, für die letzteren 27,5 %. Die Frauen vertrugen die Operationen besser als die Männer.

Häufigste Todesursache war bei allen Operationen am Oesophago-gastro-intestinal-trakt das Herzkreislaufversagen, gefolgt von Lungenkomplikationen und Nahtinsuffizienzen. Bei den nicht tödlichen Komplikationen spielte die postoperative Infektion die größte Rolle. Eine Abnahme der postoperativen Komplikationen im Laufe der Jahre war nur in der Ulcuschirurgie eklatant.

Zum Schluß meiner Arbeit möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. R. Zenker -
an dessen Klinik diese Arbeit entstand - sowie Herrn Privatdozent
Dr. Dr. S. Karnbaum für die freundliche Überlassung des Themas
und die wohlwollende Unterstützung sehr herzlich danken.

l i t e r a t u r:

1. A. Gütgemann: Zur Frage der radikalen und palliativen Operation des Oesophagus-Carcinoms (Verh. d. dt. Gesellschaft für Chirurgie 70. Tagung 7. IV - 11. IV. 1953). Langenbecks Archiv klin. Chir. 276, 355 - 364 (1953)
2. S. Karnbaum: Die Problematik der operativen Behandlung des Speiseröhrencarcinoms. Bruns Beitr. klin.Chir. 204, 356-369 (1962)
3. R. Nissen: Chirurgische Indikationen beim Magen-Duodenal-Ulcus. Frühe und späte Komplikationen der op. Behandlung. (Chirurg. Univ. Klinik Basel) (123. Tagung, Vereinig. Niederrhein.-Westfäl. Chir., Bonn 7.x.1960) Praxis (Bern) 50, 300 - 303 (1961)
4. K. Holub: Die Komplikationen nach Magenresektionen (1. Chir. Universitätsklinik Wien) Zbl. Chir. 87, 2 - 7 (1962)
5. E. Holder u. H. Grimsehl: Die Chirurgie des Magenkrebses unter besonderer Berücksichtigung der erweiterten Eingriffe in den Jahren 1943 - 1959 (Chir. Universitätsklinik Heidelberg) Langenbecks Arch. klin. Chir. 284, 565 - 581 (1961)
6. J. Metzl u. R. Berger: Früh- und Spätergebnisse der chirurgischen Behandlung des Dickdarm- und Mastdarmkrebses (I. Chir. Universitätsklinik, Pécs / Ungarn) Zbl. Chir. 84 1421 - 1425 (1959)
7. Jack G. Kerr: Complications of surgical procedures on the colon and rectum occurring during the immediate postoperative period. (Amer. Proctol. Soc. Houston, Tx, 25. - 27. IV. 1960) Dis. Colon Rectum 3, 418 - 422 (1960)
8. Edw. S. Judd: The risk of surgery of the colon: current trends in hospital mortality rates. (Symposium) (Mayo Clin., Sect. of Surg., Rochester, USA) Proc. Mayo Clinic. 36, 492 - 503 (1961)

Lebenslauf

Am 22. 12. 1939 wurde ich in Ramin auf Rügen als Sohn des Arztes Dr. Hermann Rolshoven und seiner Ehefrau Inge, geb. Wolff, geboren. Meine Schulzeit verbrachte ich in Bergen auf Rügen, wo ich nach der Grundschule die neusprachliche Oberschule besuchte. Die Reifeprüfung legte ich im März 1959 am Städtischen Gymnasium zu Velbert im Rheinland ab und inskribierte mich zum Sommersemester des gleichen Jahres in die medizinische Fakultät der Universität Köln, wo ich meine Vor-klinik absolvierte. Die klinische Ausbildung begann ich mit dem Wintersemester 1961/62 an der Münchener Universität, ging anschließend für ein Semester nach Kiel und setzte dann meine Studien weiter in München fort. Am 24. Februar 1954 beendete ich meine Studienzeit mit dem medizinischen Staatsexamen.

Hans-Peter Rolshoven

